1898 1899 FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY N° 22.

DES

Occlusions intestinales

POST-OPÉRATOIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 18 Mai 1899, à 3 heures du soir

PAR

EDMOND LENCLOS

Né à Calais (Pas-de-Calais), le 5 Août 1874

Examinateurs : MM. WEISS, professeur, *président.*
GROSS, professeur, *membre.*
FÉVRIER, agrégé *id.*
SCHUHL, agrégé, *id.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE LOUIS KREIS
51, Rue Saint-Georges, 51

1899

1898 1899 FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY N° 22.

DES

Occlusions intestinales

POST-OPÉRATOIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 18 Mai 1899, à 3 heures du soir

PAR

EDMOND LENCLOS

Né à Calais (Pas-de-Calais), le 5 Août 1874

Examinateurs : MM. WEISS, professeur, *président.*
GROSS, professeur, *membre.*
FÉVRIER, agrégé. *id.*
SCHUHL, agrégé, *id.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE LOUIS KREIS
51, Rue Saint-Georges, 51

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪. HERRGOTT ✲, I ✪ HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, I ✪, professeur.
Pathologie externe	M. FRŒLICH, A ✪, ag. ch. du cours.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, ag. lib. ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, ag. lib. ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, ag. ch. du cours.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. FÉVRIER ✲, A ✪. ag. ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FRŒLICH, A ✪.	ANDRÉ.
ETIENNE	SCHUHL, A ✪.	BOUIN.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪ ; ROHMER, I ✪ ; VAUTRIN, A ✪ ; REMY A ✪ ; P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✲, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547211_0074

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Témoignage de vive gratitude

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

Témoignage de profonde reconnaissance

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Introduction

Au mois de janvier dernier, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, M. le professeur Weiss, une femme qui était entrée avec des phénomènes d'occlusion intestinale dus à la compression du rectum par l'utérus fibromateux rétroversé. On pratiqua l'hystérectomie abdomino-vaginale. La malade, d'abord très déprimée, se releva cependant et elle demandait à se lever, lorsqu'elle fut prise de phénomènes d'occlusion secondaire qui nécessitèrent la création d'un anus contre-nature. Mais l'état général empira bientôt et après avoir été quelque temps en s'affaiblissant, la malade mourut subitement quelques jours après une troisième intervention destinée à rétrécir l'anus artificiel.

L'affection dont était atteinte cette malade nous avait vivement intéressé, surtout après les trois interventions que son état avait nécessitées. Aussi, lorsque M. le professeur Weiss nous proposa de traiter dans notre thèse inaugurale des occlusions intestinales post-opératoires, avons nous accepté avec empressement ce sujet qui intéresse au plus haut point tous les chirurgiens.

Ce n'est pas que la question soit neuve et n'ait pas été traitée avant nous. Au contraire, on trouve dans la littérature médicale de ces dix dernières années des travaux nombreux et importants sur ce sujet. Mais il nous a paru qu'il serait intéressant d'écrire sur les occlusions intestinales post-opératoires un résumé aussi précis que possible et au courant des plus récents travaux, afin de faciliter les recherches ultérieures.

Ce travail nous a été facilité par les nombreuses monographies publiées dans ces dernières années et auxquelles nous avons fait de larges emprunts. Nous nous sommes également inspiré des intéressantes communications de MM. les professeurs Weiss et Gross et de M. le professeur agrégé Février à la Société de Médecine de Nancy.

En nous servant de ces matériaux, nous avons esquissé l'historique et l'étiologie de cette affection. En étudiant sa pathogénie, nous avons classé les occlusions intestinales post-opératoires selon les différents points de vue auxquels on peut les considérer ; nous avons insisté plus que les auteurs antérieurs sur la division qui a pour base l'époque à laquelle les occlusions se déclarent, jugeant que cette division était la plus conforme à la clinique.

En exposant l'anatomie pathologique, nous avons étudié, outre les lésions que l'on trouve à l'ouverture du corps, le rôle des agents infectieux dans les symptômes locaux et généraux.

Nous avons ensuite, en autant de chapitres distincts, retracé les symptômes des occlusions intestinales post-opératoires, discuté le diagnostic,

exposé la marche et la terminaison, parlé du pronostic et donné les indications du traitement.

Nous avons terminé en posant les conclusions qui découlaient de notre travail, à la suite duquel nous avons ajouté la bibliographie aussi complète que possible des occlusions intestinales post-opératoires.

Notre travail, nous l'avons dit, nous a été inspiré par M. le professeur Weiss. Nous le prions d'accepter ici l'expression de notre plus vive gratitude pour la bienveillance et la sollicitude qu'il nous a toujours témoignées. Nous lui devons le développement des connaissances chirurgicales que nous avions acquises dans le service de M. le professeur agrégé Reclus, de la Faculté de Paris : C'est en effet à suivre ses cliniques si intéressantes, après avoir pu l'apprécier comme opérateur à la Maison de Secours et à la clinique de la Tour Saint-Lambert que nous avons pris le goût prononcé qui nous porte vers l'étude plus approfondie de la chirurgie. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions bien vivement et le prions de croire à notre sincère attachement.

M. le professeur Bernheim a été pour nous plus qu'un maître et nous sommes heureux de lui adresser ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués avec la plus grande bienveillance. C'est à lui que nous sommes redevable de nos connaissances médicales et nous le prions de croire que nous gardons un souvenir inoubliable

de ses excellentes leçons et de son enseignement clinique si élevé.

Nous avons toujours trouvé un excellent accueil auprès de M. le professeur Gross. Nous le prions d'accepter nos sincères remerciements pour l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué quatre des observations que nous rapportons dans notre travail.

Que M. le professeur Schmitt veuille bien nous permettre de lui adresser nos plus vifs sentiments de gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné. Nous avons suivi avec le plus grand plaisir son enseignement thérapeutique et nous chercherons à en profiter le mieux qu'il nous sera possible.

Notre passage à la Maternité nous a laissé les plus agréables souvenirs. Nous avons trouvé en M. le professeur Hergott un maître sachant rendre la science aimable. M. le professeur agrégé Schuh nous a fait profiter d'un enseignement pratique dont nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici.

Nous fréquentons depuis plusieurs années la clinique de M. le professeur agrégé Février et le souvenir de ses leçons du mercredi, si vivantes et si pratiques, n'est pas fait pour s'effacer de notre mémoire. Nous lui adressons l'expression de notre reconnaissance pour les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées et nous le remercions de la très intéressante observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

Que M. le Docteur Rohmer, agrégé libre, chargé de la clinique des maladies des yeux, et M. le professeur agrégé Zilgien veuillent bien recevoir nos

remerciements les plus vifs pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Depuis notre arrivée à Nancy, nous avons trouvé en M. le Docteur Jules Sterne un ami sûr et dévoué qui ne nous a ménagé ni son temps, ni sa peine. Nous sommes heureux de lui adresser ici nos plus sincères remerciements et nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

Lors de notre passage à la Maternité, M. le Docteur Maleterre ne nous a ménagé ni ses leçons, ni ses conseils. Depuis, il nous a toujours considéré comme un ami et nous l'en remercions beaucoup.

Le Docteur Adrien Sterne a toujours été pour nous un excellent ami dont les conseils nous ont été des plus utiles et que nous avons toujours trouvé prêt à nous rendre service. Nous en gardons le meilleur souvenir.

Notre ami Monal a toujours été à notre disposition pour les expériences de pharmacologie que nous avons désiré faire. Nous lui devons des connaissances pratiques qui ne sont pas à dédaigner. Nous l'en remercions beaucoup.

Nous tenons à remercier ici M. des Cilleuls, le très aimable secrétaire de la Faculté, auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant. C'est à lui que nous devons pour une bonne part la marche rapide de nos études et nous le prions de croire à notre vive gratitude.

Quant à nos amis les Docteurs Gille et Daulnoy, merci pour leur constante amitié qui nous a été si précieuse et qui sera, nous en sommes sûr, solide et durable.

Nous envoyons notre meilleur souvenir à notre ami le Docteur Lonjarret, médecin de la marine, avec qui nous avons passé à la Faculté de Paris une année si agréable.

Historique

L'histoire des occlusions intestinales post-opératoires, intimement liée à la chirurgie abdominale et, par conséquent, à la chirurgie antiseptique, ne remonte pas à plus de quarante ans et cependant comprend déjà des ouvrages nombreux et importants. Elle peut être divisée en deux périodes caractérisées par la nature des travaux parus sur la question.

Dans une première période qui s'étend jusqu'à 1888, les occlusions post-opératoires sont souvent confondues avec la péritonite traumatique et on ne rencontre guère que des faits isolés. De nombreux auteurs : Spencer Wells (1) en 1860, Kœberlé (2) en 1867, Gross (de Nancy) (3) en 1877, Léopold (4) en 1879, Bœckel (5), Henry (6) en 1881,

(1) Spencer Wells. Statistiques d'ovariotomie, *Medical Times and Gazette,* 10 mars 1860 ; *British medical journal*, mars 1879 ; *Med. chir. trans.*, London 1881, 2e Sie, 167-183.

(2) Kœberlé. *Gazette des hôpitaux*, 5 déc. 1867.

(3) Gross. *Soc. de méd. de Nancy*, 28 déc. 1877.

(4) Léopold. *Dreizig laparatomien*, mai 1879.

(5) Bœckel. *Gazette médicale de Strasbourg,* 1881, n° 7.

(6) Henry. *American journal of obstetrics*, 1881, vol. XIII.

Olshausen (1), Schively (2) en 1884, Skutsche (3) en 1886, Muller (4) en 1887 en ont publié des cas isolés. Mais les faits de ces différents observateurs étaient de simples communications sans commentaires et sont passés inaperçus.

Dans la seconde période, qui se déroule depuis 1888 jusqu'à nous, on trouve, au contraire, une série de travaux d'ensemble où les auteurs ont groupé les faits qu'ils ont observés afin d'en tirer des conclusions pratiques. Le premier en date est le travail de Wolf Hirsch (5), qui contient une série de quatorze observations d'occlusion intestinale consécutive à l'ovariotomie. Peu après, la thèse de Collas (6), parue sous l'inspiration de M. Lucas-Championnière, envisage la question à un point de vue plus général et apporte quelques observations d'occlusions intestinales consécutives à d'autres opérations qu'à l'ovariotomie. M. Lucas-Championnière, lui-même, consacre dans son ouvrage sur les hernies (7) un chapitre où il envisage spécialement cette complication de la cure radicale.

Puis William Easterly Ahston (8) publie en 1892 un important travail dans lequel il donne une classi-

(1) Olshausen. *Die krankeiten der ovarien*, Stuttgard, 1886.

(2) Schively. *New-York méd. jour.*, 1884, capt. 13, p. 292.

(3) Skutsche. *Correspondenz blatter des Allgeimeinen artzlichen Vereins von Tubingen*, 1886.

(4) Muller. *Deutsche zeitung fur chir.*, 1887.

(5) Wolf Hirsh. *Arch. f. gynæk*, Berlin, Bd XXXII, Hft. 2, p. 247.

(6) Collas. Thèse de Paris, 1890.

(7) Lucas-Championnière. *Cure radicale des hernies*, Paris, 1892.

(8) William Easterly Ahston. *The medical news*, 30 juillet 1892, résumé in *Arch. gen. de médecine*, 1893, T. I, p. 79.

fication des occlusions consécutives aux opérations abdominales, d'après les lésions qui les provoquent.

Une série d'observations plus récentes ont été publiées dans ces dernières années par Lucas-Championnière (1), Terrillon (2), Gouilloud (3), Legueu (4), Commandeur (5), Quénu (6), qui en fait le sujet d'une leçon clinique à l'hôpital Cochin, Mathieu (7) et Riche (8) en France. A l'étranger nous relevons les noms de Kehrer(9), Schiffer(10), Stumph (11) et Ziegen Speck (12) (de Munich), Zweifel (13), Tauffer(14) (de Buda-Pest), Muller (15), Jacobs (16) (de Bruxelles), Ernst Sonntag (17), Coë (18) qui rapportent de nouvelles observations et de G. H. Rohé (19) qui en fait une étude générale.

(1) Lucas-Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 102.

(2) Terrillon. *Annales de gynécologie*, 1892.

(3) Gouilloud. *Congrès français de chirurgie*, 1893.

(4) Legueu. *Bulletin médical*, 26 sept. 1894.

(5) Commandeur. *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 782.

(6) Quénu. *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1894 et *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 25 sept. 1894.

(7) Mathieu. *Semaine médicale*, 8 mai 1895, p. 212.

(8) Riche. *Gaz. des hôp.*, 3 janvier 1895.

(9) Kehrer. *Centr f. gynæk.* 1894, n° 22, p. 521.

(10) Schiffer. *Centr. f. ggnæk.* 22 sept. 1894.

(11) Stumph 6e Congrès de la Soc. all. de gyn. in *Semaine médicale*, 8 mai 1895, p. 267.

(12) Ziegen Speck. *Idem.*

(13) Zweifel. *Idem.*

(14) Tauffer. *Idem.*

(15) Muller. *Correspond. bl. f. Schweizer aertze*, n° 17, 1er septembre 1893.

(16) Jacobs. *Bulletin de la Soc. belge de gyn.*, 1889, n° 2.

(17) Ernst Sonntag. *Berlin, klin. Wochen.*, déc. 1887.

(18) Coë. *Amer. jour. of. obst.*, fév. 1890, p. 144.

(19) G. H. Rohé. *Amer. of. obst.*, oct. 1894.

En 1894, Tuja (1) réunit dans sa thèse dix observations inédites qui lui ont été communiquées par MM. Fochier, Polosson, Commandeur et Jaboulay, de Lyon.

Plus près de nous, nous trouvons deux mémoires très importants, l'un de Legueu (2), reproduit dans un chapitre du Traité médico-chirurgical de Gynécologie écrit en collaboration avec Labadie-Lagrave, l'autre d'Adenot (3), puis les thèses remarquables de Giresse (4) et de Naoumoff (5) auxquelles nous ferons de nombreux emprunts.

Dans ces deux dernières années, de nouveaux documents sont venus s'ajouter à cette liste déjà longue, chacun s'empressant de signaler les faits instructifs qu'il possède. Nous essaierons cependant d'apporter notre contribution à cette étude toujours d'actualité en nous servant des intéressantes communications faites dernièrement par MM. les professeurs Weiss (6) et Gross (7) et M. le professeur agrégé Février (8) à la Société de médecine de Nancy.

(1) Tuja. Thèse de Lyon, 1894.
(2) Legueu. *Gazette des hôpitaux*, 23 nov. 1895.
(3) Adenot. *Revue de chirurgie*, janvier 1896.
(4) Giresse. Thèse de Paris, 1895.
(5) Naoumoff. Thèse de Montpellier, 1896.
(6) Weiss. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1899.
(7) Gross. *Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1899.
(8) Février. *Idem*.

Etiologie

L'occlusion intestinale est une des complications les plus redoutables qui puissent survenir à la suite des interventions sur les organes génitaux et pelviens.

La fréquence varie selon les auteurs et, si nous nous en rapportons à leurs statistiques, nous voyons que Spencer Wells (1) à perdu de ce fait 11 malades sur 1.000 ovariotomisées, soit 1,1 p. 100, Knowsley Thornton (2), sur 175 opérées, compte deux décès par occlusion intestinale. Fritch trouve une mortalité de 1,6 p. 100. Avec Klotz (3), la proportion augmente sensiblement. Il rapporte en effet 31 cas d'occlusion intestinale avec cinq décès dus à cette complication sur 421 laparotomies et 148 hystérectomies vaginales, soit l'énorme proportion de 5,5 p. 100, avec une mortalité de 1 p. 100. Schiffer (4) rapporte cinq cas d'occlusion intestinale, tous suivis de mort, sur 132 laparotomies

(1) Spencer Wells. *Loc. cit.*, *Med. chir. tr. London*, 1881, 2 S., p. 139-165.

(2) Knowsley Thornton. *Med. chir. tr. London*, 1881, 2 S, p. 139-169.

(3) Klotz. *Centr. bl. f. gynæk.*, décembre 1892.

(4) Schiffer. *Loc. cit.*

pratiquées avec l'asepsie sèche en l'espace de deux ans. Tauffer (1) a donné au dernier congrès de la Société allemande de gynécologie une proportion de 2,25 p. 100 d'occlusions post-opératoires.

Enfin, Tuja, dans sa thèse de doctorat, a pu réunir à Lyon en deux années dix observations d'occlusion intestinale post-opératoires et Rohé (2), en rassemblant dans son important mémoire les observations publiées avant lui et celles recueillies dans sa pratique personnelle, a compté 75 cas de décès par occlusion intestinale post-opératoire et il ajoute : « Quoique ce nombre nous paraisse exagéré, très probablement il représente près de la moitié des cas dus à l'occlusion intestinale, car il est hors de doute que beaucoup de ces décès par péritonisme avec vomissements incoercibles, après les laparotomies, sont en réalité des cas d'occlusion intestinale ».

En effet, les chiffres que nous donnons plus haut sont loin de représenter l'exacte vérité, parce que tous les cas d'occlusion intestinale post-opératoire ne sont pas publiés. C'est cependant un accident qu'ont observé la plupart des chirurgiens et le nombre est restreint de ceux qui comme Lawson Tait en Amérique, S. Pozzi à Paris et Vautrin à Nancy, disent n'avoir jamais vu survenir cette complication.

Toutes les opérations intéressant le péritoine et nécessitant des manipulations de l'intestin sont susceptibles de donner lieu à une occlusion intes-

(1) Tauffer. *Loc. cit.*
(2) Rohé. *Loc. cit.*

tinale post-opératoire. Cependant il est diverses circonstances qui déterminent manifestement l'apparition des accidents.

Ce sont surtout les cas où le péritoine présente déjà des signes d'inflammation antérieurs à l'opération, et dans lesquels on a été obligé de rompre des adhérences et des fausses membranes préexistantes qui sont souvent suivis de phénomènes d'occlusion.

Il en est de même de la péritonite survenant après les opérations. Mais cette complication étant devenue relativement rare de nos jours, grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, les cas d'occlusion intestinale reconnaissant cette cause ont diminué d'autant. Cependant, ce que disait Knowsley Thornson (1) en 1881 reste toujours vrai : « C'est une complication qui était beaucoup plus commune au temps des péritonites septiques qu'aujourd'hui ; mais à laquelle nous devons, je le crois, être toujours exposés, quelle que soit la façon dont on traite le pédicule et les adhérences ».

Les opérations à la suite desquelles on est obligé de faire un drainage intra-péritonéal et surtout celles qui nécessitent un tamponnement selon la méthode de Mickuliez prédisposent à l'occlusion post-opératoire par la rétraction des tissus qu'entraîne nécessairement la cicatrisation de la poche contenant le tamponnement. Ce processus cicatriciel ne va pas ordinairement sans provoquer des adhérences plus ou moins nombreuses entre

(1) Knowsley Thornton. *Loc. cit.*

la paroi de la poche et les anses intestinales voisines.

D'après ce que nous venons de dire, on pourrait être tenté de croire que la rapidité et la bénignité d'une intervention sont des garanties certaines contre la possibilité d'une occlusion intestinale consécutive ; il n'en est rien, et Legueu (1) rapporte des faits d'occlusion à la suite de cas dans lesquels il a opéré aussi rapidement et aussi simplement qu'il est possible de le faire, sans déplacements importants des anses intestinales et sans aucune trace de péritonite pré ou post-opératoire. Ces faits se rapportent principalement à des ovariotomies et nous verrons au chapitre de la pathogénie comment Quénu explique l'influence de ces opérations.

En étudiant la fréquence des occlusions intestinales post-opératoires après les différentes opérations, nous devrions nous occuper de la gastro-entérostomie, à la suite de laquelle on observe trop souvent des vomissements incoercibles dus au reflux des matières par l'anse anastomosée. Mais, n'ayant pas l'intention de nous arrêter spécialement aux occlusions intestinales occasionnées par cette opération, nous n'insisterons pas sur ce résultat dû la plupart du temps à un manuel opératoire défectueux.

Nous avons réuni 137 observations d'occlusions intestinales survenues à la suite d'opérations autres que la gastro-entérostomie. Dans 57 cas l'occlusion était survenue à la suite de l'ovario-

(1) Legueu. *Société anatomique*, Paris, 22 juin 1894.

tomie, mettant ainsi cette opération en première ligne ; dans 37 cas, après hystérectomie vaginale ; dans 16 cas, après salpingectomie ; dans 8 cas, après ablation de fibromes utérins ; dans 7 cas, après cure radicale de hernies ; dans 6 cas, après hystérectomie abdominale ; dans 4, après kélotomie pour hernie étranglée ; dans 3, après opération d'une appendicite ; enfin, dans 1 cas après hystéropexie, opération césarienne et néphrectomie transpéritonéale.

Comme on le verra au chapitre suivant, l'occlusion intestinale est une complication qui survient plus ou moins rapidement après l'opération. La majeure partie des observations publiées se rapporte à des faits survenus avant la guérison opératoire. Quelques-unes, cependant, relatent des occlusions qui se sont fait attendre plusieurs mois et même plusieurs années.

L'âge ne paraît pas avoir une influence bien nette sur la production des occlusions intestinales post-opératoires. Quant à la valeur étiologique du sexe, il est à priori évident que c'est surtout chez la femme qu'on rencontre cette complication, puisque la chirurgie abdomino-pelvienne trouve dans l'organisme féminin un champ beaucoup plus vaste d'application.

Pathogénie et Classification

Tous les auteurs qui se sont occupés avant nous des occlusions intestinales post-opératoires se sont attachés à en étudier la pathogénie et à en donner une classification rationnelle. Tous ont mentionné la division des occlusions post-opératoires en précoces et tardives, mais aucun ne s'y est arrêté.

Beaucoup ont préféré baser leur classification sur l'anatomie pathologique. Les uns, comme William Easterly Ahston, Callas, Tuja, Adenot et Giresse, se sont basés sur la nature de l'étranglement ; les autres, comme Legueu et, après lui, Naoumoff, ont étayé leur classification sur le siège de la lésion, sa situation par rapport au foyer opératoire primitif. Enfin Bauby (1), dans son ouvrage récent sur l'occlusion intestinale, insiste sur l'influence spéciale de certaines opérations sur la nature des accidents d'occlusion.

Toutes ces classifications ont leur raison d'être, mais aucune n'est susceptible de renfermer tous les cas qui se présentent dans la pratique. Aussi les reprendrons-nous l'une après l'autre, de façon

(1) Bauby. *L'occlusion intestinale*, Paris 1898.

à envisager les occlusions post-opératoires à tous les points de vue où elles peuvent se présenter à l'esprit, et en ayant soin d'insister sur la classification des occlusions, la plus clinique selon nous, d'après leur production plus ou moins rapide après l'opération.

Nous examinerons donc les occlusions intestinales post-opératoires :

1° Au point de vue de l'époque où elles se déclarent ;

2° Au point de vue de leur mode de production ;

3° Au point de vue de leur siège ;

4° Au point de vue des opérations qui leur donnent naissance.

A propos de chacune de ces catégories, nous rapporterons, comme exemple, les observations qui nous ont paru les plus probantes.

I

Occlusions intestinales considérées au point de vue de l'époque où elles se déclarent

1° **Occlusions immédiates.** — L'occlusion immédiate survient pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, au moment où habituellement apparaît la péritonite, lorsque celle-ci doit apparaître. Ceci nous fait prévoir dès maintenant que son diagnostic ne sera pas toujours facile et restera bien souvent indécis entre ces deux complications.

Les symptômes en sont si rapides qu'ils se confondent avec les suites ordinaires de toute grave opération sur l'abdomen. Les vomissements sont rapportés au chloroforme, les douleurs aux sections diverses, l'état général au choc opératoire.

Les malades peuvent être emportés sans qu'on soupçonne la cause de la mort.

L'occlusion immédiate peut être le fait du spasme, de la réduction en masse d'une hernie étranglée, ou du pincement de l'intestin par un instrument, une ligature ou une suture, comme nous le verrons aux occlusions dues à une faute opératoire.

OBSERVATION I

(Jaboulay, *In thèse Tuja*)

Hernie crurale opérée par M. Courtillet, chef de clinique du professeur Poncet.

Pas de température.

Pendant les six jours qui suivent l'opération, la malade vomit et les phénomènes d'occlusion persistent.

Réouverture par l'incision première le sixième jour. On tombe facilement sur l'anse qui présentait la hernie crurale, on l'attire en dehors et on constate la persistance de la double stricture qui marquait l'étranglement, sans aucune tendance à sa disparition. L'agent de l'étranglement n'existe plus et cependant l'intestin reste rétréci en deux points et sa lumière est obstruée.

M. Jaboulay fait des frictions sur l'anse qui est en cause et, par pression et malaxation, il fait passer les matières d'un bout dans l'autre à travers les strictures.

Guérison consécutive.

OBSERVATION II.

(Legueu, *Gazette des Hôpitaux,* 23 nov. 1895)

Opération pour hernie étranglée gauche: l'étranglement s'était présenté dans les formes classiques. Après l'opération, les phénomènes d'occlusion persistèrent. Une nouvelle incision fut faite le deuxième jour au-dessus de la première, de manière à permettre d'explorer la partie correspondante de la cavité abdominale. Il était probable en effet que l'agent d'étranglement avait laissé sur l'intestin une stricture persistante ou qu'un nouvel étranglement s'était produit. L'opération ne révéla rien d'anormal; on retrouva près de la paroi, mais sans adhérences avec elles, celle des anses intestinales qui avait été étranglée, il n'y avait ni étranglement, ni vice de position de l'intestin. Pour ne pas prolonger une opération plus complexe, on se contenta de faire une ouverture à l'intestin et de créer un anus contre-nature sur la terminaison de l'intestin grêle. Malgré cela, le malade succombait le soir.

A *l'autopsie*, on explora avec soin toute la cavité abdominale; l'intestin fut déroulé depuis le duodénum jusqu'au rectum, et, nulle part, on ne put trouver la raison de l'occlusion.

2° **Occlusions rapprochées.** — Lorsque les cinq ou six premiers jours sont passés, lorsque la malade a doublé le cap qui la sépare maintenant de la péritonite traumatique, la crainte d'une occlusion intestinale ne doit pas être éloignée pour cela, car dans une seconde période qui va jusqu'à la guérison opératoire, il peut survenir des accidents aussi redoutables que les premiers, bien que le diagnostic en soit devenu un peu plus facile.

Ces accidents peuvent être déterminés par une cause accessoire, une purgation intempestive par

exemple. Quoiqu'il en soit, ils reconnaissent surtout comme cause la paralysie intestinale, ou bien la chute du colon transverse, un volvulus, l'étranglement d'une anse dans un anneau. Quelques jours plus tard, alors que la guérison parait survenir sans arrêt, se trouve la période de coprostase, de la compression d'une anse intestinale par un épanchement, un tampon ou une poche à drainage laissé trop longtemps à demeure, c'est celle de l'occlusion par boutons anastomotiques. A cette période, se révèlent déjà les brides, les adhérences et les rétrécissements, mais comme ces dernières causes font surtout de l'occlusion intestinale à longue échéance, nous n'en parlerons que dans le paragraphe suivant.

OBSERVATION III.

(Richelot, *In thèse Collas*)

M.^me A , 43 ans, couturière, entre le 26 décembre 1884, salle Chassaignac.

Ventre volumineux ; circonférence à l'ombilic, 101. Depuis 4 mois, elle perd ses forces.

Diagnostic : tumeur fibreuse pédiculisée de l'utérus.

24 février. — Laparotomie ; la tumeur est sphérique, très solide. Dès le début, on lie un gros paquet vasculaire, formé par une adhérence épiploïque. La tumeur est libre de toute adhérence, jusqu'au pédicule qui s'implante sur le bord supérieur de l'utérus, et qui est serré dans une anse métallique, puis sectionné. L'épiploon est étalé sur les anses intestinales. Le pédicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie.

24 février soir. — Quelques vomissements. P. 118. T. 38°,4. R. 29.

25. — Encore quelques vomissements, mais aucune douleur, un peu de sommeil dans la journée, respiration facile, régulière. — Soir. — P. 120. T. 39. R. 30.

26. — Bon état, pas de vomissements. P. 110. T. 37°,8.

Soir. Gaz rendus par l'anus. T. 38°,3.

27. — P. 106. T. 37°,5. R. 27. Agitation dans la journée ; quelques vomissements. Facies un peu fatigué, jaunâtre, yeux cernés.

Soir. — P. 110. T. 37°,3. R. 30. La malade a vomi un lombric.

28. — P. 104. T. 37°. R. 27. Malade faible.

Soir. — P. 106. T. 38°,3.

1er mars. — P. 100. T. 37°,3. Premier pansement. Bon état de la plaie ; ventre un peu ballonné, non douloureux.

Soir. — P. 112. T. 38°.3.

2 Mars. — P. 130, petit, presque filiforme. T. 38°,3. Quelques vomissements dans la nuit précédente, faciles, peu abondants. Facies fatigué, yeux excavés, sueurs abondantes.

Dans la journée nouveaux vomissements, brun jaunâtre, assez fétides, rendus sans effort, ni douleur.

Soir. — P. 140. T. 38°, 6.

3 Mars. — Mort à 6 heures et demie du matin.

Autopsie. — Plaie abdominale presque réunie complètement, Sérosité à l'incision de la paroi. L'épiploon étalé en avant des anses, adhère faiblement par son bord inférieur. La portion d'épiploon qui a été liée adhère à une anse d'intestin grêle qui, à quelques millimètres au-dessus de ce point, est tordue sur elle-même ; il y a volvulus. Au-dessus, l'intestin est fortement distendu par des gaz et des matières, au-dessous, il est rétracté, aplati. Il présente, ainsi que l'épiploon, une vascularisation et une rougeur assez accentuées. Pas de pus en aucun point

Le foie est abaissé, ainsi qu'on l'avait reconnu pendant l'opération, abaissement du à un épanchement séreux dans la plèvre droite. Le poumon est atélectasié. Le poumon gauche est seulement congestionné à la base.

La mort est due à une obstruction par volvulus, causé sans doute par l'adhérence du pédicule épiploïque. Il n'y avait pas trace de péritonite, malgré le facies, le pouls accéléré et la température.

3° **Occlusions éloignées**. — Ce sont les moins intéressantes et elles ne constituent plus, à vrai dire, des occlusions post-opératoires. En effet, quelques mois, quelques années après une opération, alors que depuis longtemps le blessé a recouvré la santé, a repris ses occupations, les accidents d'occlusion apparaissent et nécessitent une nouvelle intervention. Cette période, comme nous l'avons déjà dit, est de préférence le domaine des brides, des adhérences et des rétrécissements.

Ces occlusions tardives se présentent souvent avec des allures moins bruyantes que les occlusions précoces, les conditions relativement satisfaisantes dans lesquelles elles surprennent le malade à leur début, permettent de les assimiler aux occlusions intestinales qui surviennent en dehors des opérations. Aussi nous bornerons nous, pour en donner un exemple, à rapporter les deux observations suivantes :

OBSERVATION IV

(Ernst Sonntag, *Berlin. Klin. Woch.*, déc. 1887)

Double ovariotomie pour accidents dysménorrhéiques. Réunion par seconde intention de la nature tégumentaire. Neuf mois après accidents d'occlusion intestinale chronique.

Laparotomie nouvelle. Paquet d'épiploon soudé au péritoine pariétal et ayant entrainé des anses intestinales qui se sont aplaties et coudées. Excision de la cicatrice et ablation d'une masse épiploïque.

Guérison consécutive.

OBSERVATION V

(Terrillon, *Annales de Gynécologie*, 1892)

Ablation d'un gros fibrôme de 14 kilogrammes.

Neuf mois après la laparotomie, symptômes d'occlusion intestinale à marche aigue. Deuxième laparotomie. On trouve des anses intestinales comprimées par un gateau épiploïque et adhérentes à lui. On les libère.

Guérison consécutive.

II

Occlusions considérées au point de vue de leur mode de production

C'est la classification adoptée par de nombreux auteurs, entre autres William Easterly Ahston, Collas, Tuja, Adenot et Giresse. On y retrouve la plupart des causes signalées dans les occlusions intestinales spontanées, causes favorisées ici par l'acte opératoire (volvules, brides, etc.) et en outre toute une série de faits dont les rapports avec l'intervention chirurgicale sont encore plus démonstratifs (adhérences à un pédicule, par exemple).

Toutes ces causes peuvent être classées en six groupes, comme il suit :

1° Occlusions causées par des adhérences intestinales à des surfaces cruentées, à des organes enflammés, à des drainages intra-péritonéaux.

2° Occlusions dues à des brides.

3° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin.

4° Occlusions dues à l'exagération de la disposition normale de l'angle sous-colique gauche.

5° Occlusions de forme spasmodique.

6° Occlusions dues à des fautes opératoires.

1° **Occlusions causées par des adhérences intestinales à des surfaces cruentées, à des organes enflammés, à des drainages intra-péritonéaux.** — C'est là certainement la cause la plus fréquente des occlusions intestinales post-opératoires. Collas et Tuja, dans leurs thèses, en ont rapporté de nombreuses observations.

Dans une première catégorie, les adhérences peuvent s'effectuer au niveau de surfaces cruentées qui sont le plus souvent les pédicules des kystes de l'ovaire, non seulement en raison de la fréquence même de cette affection, mais aussi, comme le dit M. Quénu (1), en raison des conditions créées par l'ablation de la tumeur kystique : « Un fait curieux et que je vous signale en passant, c'est la fréquence de ces occlusions post-opératoires à la suite des laparotomies pour kystes de l'ovaire et leur rareté après les ablations de salpingo-ovaristes. Ne semble-t-il pas qu'il y ait là une contradiction ; n'est-ce pas en effet dans ces dernières interventions qu'on cause le plus de dommages aux parois intestinales, qu'on les avive en rompant des adhérences ? Voici, je crois, l'explication qu'on peut en donner : Les kystes ovariques, tumeurs volumineuses, distendent l'abdomen et chassent l'intestin au-dessus du

(1) Quénu. Leçon clinique faite à l'hôpital Cochin, *Gaz. des Hop.*, 31 mars 1894.

détroit supérieur ; la tumeur enlevée, les anses intestinales viennent tomber dans la cavité pelvienne qui est vide. Dans les salpingites, au contraire, il est à remarquer que, l'opération finie, il reste peu de place entre l'utérus et le rectum, de telle sorte qu'en supposant même une adhérence d'une anse au pédicule, la traction exercée sur cette dernière sera moindre et la coudure moins prononcée. »

Les adhérences peuvent s'établir au niveau de l'épiploon, surtout lorsque l'opérateur a été obligé de pratiquer une résection plus ou moins étendue de cet organe. Les mêmes causes d'occlusion par adhérences peuvent se présenter à la suite d'opérations par la voie vaginale. M. Quénu cite un cas (obs. VIII) dans lequel une anse intestinale avait contracté des adhérences avec la collerette péritonéale. On peut en rapprocher le fait de M. Mathieu (obs. IX) qui a vu succomber d'occlusion intestinale une malade chez qui on trouva à l'autopsie une anse enclavée dans la cicatrice résultant de l'opération.

Dans une seconde catégorie de faits, l'intestin peut contracter des adhérences avec un organe voisin enflammé. C'est ainsi qu'on voit, dans un fait rapporté par Adenot (obs. X), le colon descendant adhérer intimement à l'uretère gauche.

Bien que les occlusions suivantes soient dues à des causes différentes, nous pouvons à la rigueur les signaler dans une même catégorie. Ce sont les occlusions causées par la présence d'un drainage intra-péritonéal et principalement d'un tamponnement à la façon de Mickuliez. Ce dernier est

nécessairement suivi d'une réaction des tissus qui entraine la cicatrisation de la poche contenant le tamponnement. Dans ce travail de cicatrisation il se produit de la péritonite adhésive et les anses intestinales viennent se fixer plus ou moins sur la paroi de la poche néoformée. Ce travail peut s'effectuer sans accident, mais il peut donner lieu également à une occlusion. En 1894, un auteur allemand, Schiffer (1), a attiré l'attention sur ces occlusions qui sont surtout consécutives aux opérations portant sur les ablations d'annexes pour pyosalpinx. Tuja a aussi rapporté dans sa thèse quatre observations qui démontrent d'une façon très nette le rôle des pièces de drainage dans la production des adhérences.

Il faut remarquer que ces cas d'occlusion à la suite de drainages intrapéritonéaux se produisent en réalité chez des malades prédisposés, en raison même de la nature de leur affection, à contracter de la péritonite localisée, ou même des infections plus étendues très légères. Celles-ci favorisent la paralysie intestinale et par suite les coudures au voisinage du pansement. C'est ce qui ressort très nettement de la troisième observation communiquée par notre Maître, M. le Professeur Weiss à la Société de Médecine de Nancy. La malade était en effet atteinte d'un kyste suppuré de l'ovaire ayant récidivé plusieurs fois et ayant ainsi créé un terrain tout à fait favorable à l'éclosion de la péritonite.

(1) Schiffer. *Centralblatter für Gynækologie*, sept. 1894.

OBSERVATIONS VI

(Lèopold, *Dreizig laparatomien)*

Kyste glandulaire double, prolifère. Ovariotomie double. Kyste droit largement implanté. Ligature difficile. Précautions antiseptiques.

Chez cette femme, les deux ovaires se sont transformés en deux volumineux kystes. La ligature du pédicule est facile à gauche ; à droite le point d'implantation sur le ligament large a au moins deux doigts de long et autant de large ; il faut le morceler pour le lier.

Les deux premiers jours, bien-être général ; puis le pouls devient de plus en plus fréquent et monte de 80 à 120 ; anorexie ; absence de gaz par l'anus ; météorisme ; vomissements bilieux et fécaloïdes se renouvelant plusieurs fois.

Mort le 6e jour.

Autopsie. — Pas de trace de péritonite, mais soudure intime du gros intestin avec les deux pédicules, reconnaissant probablement la cause suivante : immédiatement après l'opération, une anse très large du gros intestin se serait logée transversalement dans la partie supérieure du petit bassin, derrière le fond de l'utérus rétroversé, de telle façon que la portion du gros intestin regardant l'anus se trouvait située derrière le pédicule droit et la portion regardant le colon descendant à côté du pédicule gauche.

OBSERVATION VII

(Lucas Championnière, *In thèse de Collas*, résumée)

Ovariotomie pour kyste de l'ovaire adhérent. Déchirures épiploïques.

Mort le 7e jour d'occlusion intestinale.

Autopsie. — L'épiploon déchiré s'était accolé à une anse d'intestin grêle à 1 centimètre au-dessus de la valvule de Bauhin, et cette anse, tordue sur son axe, avait déterminé une occlusion intestinale complète.

OBSERVATION VIII

(Quénu, *Gazette des Hôpitaux*, 31 mars 1894)

Femme âgée de 37 ans, blanchisseuse, présentait habituellement des troubles digestifs très marqués, se traduisant fort souvent par des vomissements.

Atteinte d'une salpingite double avec adhérences, elle est opérée le 2 novembre 1893. Nous pratiquons l'hystérectomie selon notre procédé : L'opération est pénible ; à chaque instant une anse intestinale vient faire hernie dans le vagin et doit être refoulée et maintenue dans l'abdomen à l'aide d'un tampon monté.

Le soir, la malade avait une température de 36°5.

Le lendemain, elle a vomi trois fois, sa température est de 36°5, la quantité d'urine est normale (600 gr.).

Le surlendemain, la température est le matin de 36°8, le soir de 37°5.

Le troisième jour notre opérée a de nouveaux vomissements et, pour la première fois, rend, paraît-il, quelques gaz dans la matinée. Dans l'après-midi, l'émission des gaz cesse, et le soir la température s'abaisse à 36°.

Le quatrième jour, de nouveaux vomissements se produisent ; à notre visite, nous trouvons notre malade avec un facies grippé, les yeux excavés, la mine terreuse ; le ventre est ballonné, le pouls petit et fréquent.

En présence de ces signes, je pense à une occlusion par coudure d'une anse intestinale adhérente à la collerette péritoinéale. Nous pratiquons le toucher vaginal et nous trouvons cette collerette déjà refermée. Nous la décollons avec un doigt que nous introduisons ensuite dans la cavité abdominale ; puis, le promenant tout autour de la collerette, nous avons la sensation fort nette que nous détachons quelques adhérences.

Une heure après, en même temps que les vomissements cessaient, la malade rendit des gaz.

Le lendemain elle avait une selle, puis elle guérissait rapidement.

OBSERVATION IX

(Mathieu, *Société médicale des hopitaux*, 3 mai 1895)

Femme de 56 ans, qui fut atteinte, quelques mois après avoir subi une hystérectomie vaginale, de troubles digestifs bientôt suivis de vomissements noirs. La palpation de l'abdomen ne révéla ni tumeur, ni résistance appréciable des régions gastrique et épigastrique. On crut cependant, en raison de l'état d'amaigrissement très prononcé de la malade, de ses troubles digestifs et de ses vomissements couleur de suie, qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, cette malade présenta des vomissements fécaloïdes et succomba dans la nuit.

Autopsie. — A dix centimètres environ de la valvule iléo-caccale, une anse intestinale est enclavée dans la cicatrice vaginale. Cette anse est rétrécie sur toute la longueur de son inclusion cicatricielle, mais non complètement oblitérée.

De plus, il y avait en amont de ce rétrécissement, une torsion de l'intestin sur lui-même ; malgré cela, la lumière était restée perméable, car elle donnait facilement passage à l'eau qu'on y versait.

OBSERVATION X

(Adenot, *Gazette hebdomadaire*, 1895)

Occlusion intestinale causée par un gros fibrome utérin. Après l'ablation, l'occlusion persiste et le malade meurt. A l'autopsie on trouve une suppuration ancienne du rein et de l'uretère enveloppé d'une gangue de périurétérite qui comprimait aussi l'intestin comme dans du tissu de cicatrice.

2° **Occlusions par brides.** — Les brides qui se produisent souvent à la suite des laparotomies sont parfois la cause d'occlusions. Elles peuvent

être constituées par une frange d'épiploon ou de mésentère, ou bien par des débris quelconques d'une surface dilacérée qui viennent adhérer à un point de la paroi abdominale ou de son contenu.

Il se constitue de cette façon une sorte de jetée ou de corde où des anses intestinales peuvent venir s'étrangler et produire l'occlusion.

Les étranglements par brides n'ont du reste rien de spécial à la laparotomie, car les brides sont souvent le reliquat de péritonites et de pelvipéritonites antérieures. Il n'y a de spécial ici que les circonstances qui les ont favorisées.

Ces occlusions par brides donnent lieu aux mêmes considérations que celles qui sont dues à des adhérences entre des surfaces cruentées. La section de ces brides, reconnues pendant une laparotomie secondaire, a pu être suivie de la cessation immédiate de tous les accidents.

Collas et Tuja dans leurs thèses en ont réuni un certain nombre de faits.

Depuis, plusieurs exemples en ont été publiés et la première observation de M. le professeur Weiss en est un cas bien typique.

OBSERVATION XI

(Schiffer, *Centralbl. fur, Gynackologie*, 1894)

Mlle St..., 52 ans. Opération dans le décubitus dorsal, le 28 septembre 1891. Kyste glandulaire de l'ovaire (contenant huit litres de liquide environ), avec thrombose partielle des veines de la paroi, consécutive à une torsion du pédicule.

Opération facile, typique.

Suites complètement normales pendant la première semaine.

Température la plus élevée, 37°5. Pouls le plus fréquent, 104, une fois ; ordinairement au-dessous de 100.

Au troisième jour, dégagement des premiers gaz. Le huitième selles normales à l'aide de l'huile de ricin. Quelques heures après, douleurs de ventre, vomissements qui prennent bientôt un caractère fécaloïde. Pas de ballonnement considérable du ventre. Pendant la nuit du huitième au neuvième jour, encore une évacuation de matières un peu consistantes après un lavement. Le neuvième jour au matin collapsus, mort.

Autopsie. — Adhérence d'une frange épiploïque du colon descendant, particulièrement longue et large avec le pédicule de la ligature. Par-dessous cette bride, une circonvolution de l'intestin grêle avait glissé et s'était coudée ; sa séreuse s'était aussi soudée depuis peu avec le pédicule.

OBSERVATION XII

(*In The British Journal*, 1889-90)

Laparotomie pour maladie de la trompe.

Réouverture secondaire de l'abdomen pour symptômes d'occlusion.

Une bride épiploïque sur laquelle est venu chevaucher l'intestin, a constitué l'étranglement. Section de la bride et *guérison consécutive*.

3° **Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin.** — Cette classe d'occlusions comprend les cas de volvulus, nœud de l'intestin, invagination, anneau dans lequel pourra venir s'étrangler une anse intestinale.

Ou bien ce sont des anses qui s'engagent dans des orifices anormaux ou dans des espaces étroits dont l'existence est le résultat de l'intervention.

Ou bien ce sont des paquets d'intestin qui, en subissant des tractions anormales ou des mou-

vements de torsion en masse, peuvent se comprimer ou se tordre de manière à obstruer leur calibre.

Un certain nombre de cas de volvulus et de nœuds intestinaux ont été signalés après les laparotomies. De toutes les causes d'occlusion, ce sont les plus nettes, et lorsqu'à la suite d'une laparotomie on trouve une lésion de ce genre au cours d'une intervention secondaire destinée à lever une occlusion, le succès de cette seconde opération ne se fait pas attendre.

Ces occlusions par volvulus, nœuds intestinaux, etc., peuvent d'ailleurs se manifester longtemps après la laparotomie, bien qu'elle soit plus commune dans le premier mois qui suit l'opération.

Dans certains cas il semble que la torsion ou le nœud intestinal qui se sont produits longtemps après la laparotomie, aient été favorisés par de nouveaux déplacements des anses intestinales. C'est ainsi que dans une observation rapportée par Tuja (obs. XIV) l'occlusion s'est produite quatre ans après une laparotomie pour kyste de l'ovaire et après l'évolution d'une grossesse qui a dû favoriser la formation d'un nœud intestinal.

Enfin des anses intestinales peuvent s'engager dans des orifices ou cavités anormaux : trous créés dans l'épiploon, espaces étroits formés par des rétractions cicatricielles ou des déplacements d'organes. L'épiploon adhérent au péritoine pariétal peut former un anneau à travers lequel l'intestin a tendance à s'engager. Un pédicule de kyste ovarique adhérent à l'utérus et au bassin forme

un espace dans lequel vient s'insérer, puis s'étrangler une anse intestinale (obs. XV).

OBSERVATION XIII

(Wolf Kirsh, *Arch. für Gynœk,* 1888)

Jeune fille opérée d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche. Opération normale. Pendant les trois premiers jours état satisfaisant. Le troisième jour, symptômes d'occlusion intestinale. Mort le sixième jour.

Autopsie. — La plaie abdominale est largement collée aux anses intestinales voisines et le collet du kyste adhère au péritoine pariétal qui présente une légère coloration sanguinolente. Partout ailleurs le péritoine a bon aspect et présente une surface polie et brillante. Le sac péritonéal contient très peu de sérosité. La portion d'épiploon qui avait été réséquée s'est intimement accolée à une anse d'intestin grêle qui, tordue complètement sur son axe, constitue un volvolus interceptant totalement la lumière de l'intestin.

OBSERVATION XIV

(Commandeur, *In thèse Tuja*)

Femme de 46 ans. Quatre enfants.

Premiers symptômes d'un kyste de l'ovaire à 29 ans.

Première ponction de ce kyste à 35 ans. Grossesse l'année suivante qui évolue sans incidents.

Nouvelle grossesse à 42 ans. A ce moment douleurs intolérables dans l'abdomen qui la font entrer dans le service du professeur Laroyenne. Celui-ci enlève le kyste de l'ovaire et la grossesse évolue normalement.

Entre dans le service du professeur Poncet le 27 mai 1894, quatre ans après la laparotomie. Symptômes d'occlusion intestinale depuis quatre jours. Vomissements, absence de selles et de gaz rendus par l'anus, facies grippé. Pas de fièvre.

28 mai 1894.— Opération décidée et pratiquée par M. Jaboulay. Laparotomie médiane. Sous le péritoine ouvert apparaît

immédiatement une bride fibreuse de 1 centimètre de largeur étendue de la paroi abdominale antérieure jusqu'à la corne utérine gauche. Au-dessous de cette bride, on voit l'intestin grêle distendu. On sectionne la bride. Elle a marqué sous l'anse sous-jacente un sillon peu profond.

M. Jaboulay, jugeant que cet étranglement ne suffisait pas pour produire des phénomènes d'occlusion aussi complète, pratique l'éviscération. On arrive ainsi à trouver un nœud intestinal siégeant au-dessous du foie et constitué par des anses complètement affaissées. En examinant de près la composition de cette anse, on voit qu'elle est formée de la façon suivante : deux portions voisines d'une anse sont soudées par une adhérence qui transforme l'anse en un anneau. Dans cet anneau s'est engagée une deuxième anse qui s'y est étranglée. La section de la bride entre deux pinces suffit pour faire disparaître le nœud.

On cherche à réveiller les contractions intestinales en massant les anses dilatées dans la direction des anses affaissées.

Trois heures après l'opération, selle.

Guérison consécutive rapide.

OBSERVATION XV

(Spencer Wells, *Médical Times and Gazette*, 1860)

Femme de 33 ans, opérée d'un kyste de l'ovaire multiloculaire adhérent à la paroi abdominale. Le pédicule est fixé à la paroi. Symptômes d'occlusion consécutifs et mort quarante-six heures après l'intervention.

Autopsie. — Le pédicule adhérent à l'utérus et au bassin avait attiré la paroi abdominale. Il en résulta la création d'un espace où vint s'étrangler une anse du jéjunum. Pas d'infection.

4° **Occlusions dues à l'exagération de la disposition normale de l'angle colique sous-costal gauche.** — La connaissance de cette catégorie d'occlusions intestinales post-opératoires est due

aux travaux de l'Ecole de Lyon. Les expériences de MM. Jaboulay et Adenot, communiquées par ce dernier à la société de Médecine de Lyon et dont les résultats sont exposés dans deux mémoires intéressants du même auteur (1), démontrent qu'il existe des occlusions intestinales dues incontestablement à ce mécanisme.

Le ligament sous-costal gauche, signalé par Glénard (de Lyon), offre à l'état normal la forme d'un éventail ou d'un triangle à sommet supérieur, dont la base répond à l'angle du colon. Il résulte de cette disposition que l'angle formé par la réunion du colon transverse et du colon descendant se trouve suspendu par un ligament médian important et deux ligaments latéraux accessoires.

Or, parfois, le développement de ce ligament n'est pas aussi complet. Il est atrophié et réduit à la partie moyenne. Il en résulte que l'insertion du ligament sur l'angle colique est beaucoup moins étendue et que, par conséquent, le tube intestinal n'est plus soutenu de la même manière.

Cette dernière disposition, qui constitue une véritable anomalie,se rencontre plus fréquemment chez les femmes.

Le coude colique tend alors à s'exagérer en raison de l'insuffisance du soutien. Dès lors, l'occlusion mécanique, physiologique, si on peut dire, du colon tend à s'établir et toute perturbation qui exagère cette disposition tend à faciliter l'occlusion. C'est ainsi que le simple poids du colon

(1) Adenot. Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires, *Gazette hebdomadaire*, 16 mars 1895 et *Revue de Chirurgie*, janv. 1896.

transverse qui s'abaisse dans un abdomen que l'on vient de vider d'une grosse tumeur suffit pour constituer l'occlusion intestinale. La surdistension qui s'en suit par l'accumulation des gaz et des matières à cet endroit contribue du reste à exagérer l'occlusion de plus en plus.

Mais là ne se bornent pas les faits constatés par Adenot. Une seconde disposition vient en effet se surajouter à la précédente pour aggraver les conséquences de l'angle colique sous-costal gauche et l'occlusion qui peut en résulter.

Des anses de l'intestin grêle viennent en effet s'engager dans le sinus de l'angle et, parfois, deux ou trois d'entre elles s'engagent dans cet espace en s'y emboîtant exactement et en s'étageant les unes au-dessous des autres. Or, par suite du météorisme qui tend à dilater au maximum l'intestin grêle, les anses de ce dernier qui se sont insinuées à la manière d'un coin dans le sinus de l'angle colique, compriment en se dilatant les deux segments du colon transverse et descendant, et empêchent définitivement le passage des gaz et des matières dans le gros intestin.

Cette disposition de l'angle colique sous-costal gauche est rarement suffisante pour occasionner les occlusions intestinales primitives. Mais les inconvénients qu'elle présente se trouvent être au maximum après la laparotomie.

D'abord, chez les femmes dont le ventre a été plus ou moins distendu par une tumeur volumineuse, les tissus fibreux sont relachés ou dégénérés. Les ligaments dont le rôle a été modifié par suite du trouble apporté dans l'équilibre des

organes qu'ils soutenaient, se sont modifiés ou atrophiés. Par suite, l'ablation d'une tumeur volumineuse qui comprimait tous les organes abdominaux après les avoir déplacés, met ceux-ci dans de fâcheuses conditions. L'intestin, tout à coup abandonné à son propre poids, détermine des tractions trop violentes sur des ligaments suspenseurs insuffisants.

Cet intestin, comprimé pendant longtemps par le développement antérieur de la tumeur, se trouve d'autre part presque vide de gaz. Ceci peut être souvent constaté après une laparotomie, par exemple. Au moment où on s'apprête à refermer le ventre, les anses intestinales sont comme affaissées au fond de l'abdomen. Par suite, le colon transverse n'étant plus soutenu par la masse totale de l'intestin grêle, s'affaisse sur lui-même, en tiraillant ses attaches, la gauche principalement.

Tout cela explique une fois de plus pourquoi les accidents d'occlusion intestinale post-opératoire sont plus fréquents après les laparotomies pour kyste de l'ovaire et corrobore entièrement l'opinion de M. Quénu à cet égard.

Nous insistons à dessein sur cette forme d'occlusion intestinale post-opératoire, car elle parait être plus fréquente qu'on ne le croit. Tuja en a rapporté dans sa thèse plusieurs observations, d'après les faits observés par Jaboulay et Adenot. Depuis, Riche (1) et Legueu (2) en ont rapporté

(1) Riche. *Gaz. des Hôp.*, 3 janv. 1895.

(2) Legueu. *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, août 1895.

des exemples. En outre, des chirurgiens ont cité des faits dont ils avaient été témoins sans que la cause ait pu être expliquée, même par l'autopsie. M. le Professeur Gross a constaté chez deux de ses opérés des phénomènes d'occlusion absolue qui pourraient relever de cette théorie, et Legueu, dans sa communication au Congrès de Bordeaux, proposait, lors de l'intervention secondaire, d'aller examiner l'angle colique lorsqu'on ne constate rien au foyer opératoire primitif.

OBSERVATION XVI

(Adenot, *Gazette hebdomadaire* 16 mars 1895)

L. G., 35 ans. Kyste de l'ovaire. Opérée en 1888 par M. Laroyenne. Quelques adhérences pariétales. Quarante-huit heures après l'opération, pas de gaz, abdomen ballonné, vomissements. Le troisième jour, l'abdomen se ballonne de plus en plus. Deux purgations ne provoquent aucune selle. Mort le septième jour.

Autopsie. — Colon transverse très dilaté ; colon descendant ratatiné, au contraire, et vide de gaz et de matières ainsi que le rectum. Angle très aigu au niveau du coude gauche qui réunit ces deux portions du colon. Dans l'angle formé par ces deux portions sont emboitées des anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle colique. Ces anses concentriques sont même difficiles à retirer de l'angle où elles se sont engagées. C'est là certainement la cause de la rétention stercorale et de l'occlusion.

OBSERVATION XVII

(Riche, *Gazette des hôpitaux*, 3 janvier 1895, résumée)

Cure radicale de hernie, à la suite de laquelle le malade présente des phénomènes aigus d'occlusion.

Pendant l'opération, on avait été obligé de lier la partie inférieure de l'épiploon. Cette ligature, pratiquée en masse, avait déterminé le froncement du tablier épiploïque et la formation d'une sorte de hotte ouverte en arrière et dans laquelle la masse de l'intestin grêle s'était engagée. Le poids de cette masse, en tiraillant le colon transverse, contribuait à accuser l'angle colique sous-costal gauche qui se trouvait obstrué. En outre, les anses grêles dilatées comprimaient le colon descendant.

OBSERVATION XVIII

(Legueu, *Congrès de Gynécologie de Bordeaux*, 1895)

Ovariotomie pour gros kyste uniloculaire de l'ovaire.

Pas d'adhérences. Opération simple, facile et rapide.

Le troisième jour surviennent des accidents d'occlusion intestinale. Dès que je vois la malade, le cinquième jour après l'opération, c'est à dire le deuxième jour de l'occlusion, je me mets en demeure de rouvrir le ventre. Les sutures sont désunies et, en explorant de la main la région du pédicule, je suis surpris de n'y trouver rien d'anormal, rien qui puisse expliquer l'occlusion. Venant au cæcum, je le trouve dilaté et, suivant alors le colon ascendant et le colon transverse, j'arrive à l'angle gauche du colon. La dilatation cesse juste à ce niveau et le colon descendant est affaissé. En cherchant le pourquoi de cette différence, je sentis, sans voir, une bride qui passait devant le colon descendant et l'aplatissait ; dans ces manœuvres d'exploration, je vis sous mes yeux les gaz franchir l'obstacle et le colon descendant se distendre. Je pensai donc avoir levé l'obstacle et je renonçai à l'idée que j'avais eue tout d'abord de sectionner, à tout hasard, la bride que je sentais au-dessus du colon ; elle me semblait si épaisse que je redoutai sa vascularité ; et, d'autre part, elle était si haut située que je ne voyais rien et qu'il m'était impossible d'agir librement ; et, comme au cours de ces manœuvres d'exploration je voyais nettement le colon descendant, jusqu'alors affaissé, se distendre par des gaz qui passaient, je pensai avoir fait le néces-

saire et je refermai le ventre. La malade eut une débacle quelques heures après, mais l'opération avait été trop tardive et la mort survint le soir même.

A l'*autopsie*, je pus définir nettement la nature de cette bride qui étranglait le colon ; elle s'étendait de l'extrémité inférieure de la rate jusqu'au méso-colon transverse, en passant au-devant de l'angle du colon. En abaissant le colon transverse, on tirait sur la bride qui se tendait au-devant de l'angle colique et effaçait son calibre ; en remontant le colon transverse, la bride se relachait, l'angle redevenait libre et la circulaition reprenait son cours. C'était une bride anormale de péritonite localisée et des vaisseaux assez volumineux, existant dans son intérieur, indiquaient une certaine ancienneté.

Cette bride existait donc avant l'opération et, jusqu'alors cependant, cette malade n'avait eu aucun accident semblable à ceux qui avaient déterminé sa mort. Il était donc tout indiqué d'établir une relation causale entre la suppression du kyste ovarique et l'occlusion dont mourait cette malade ; et je pensai que la suppression de la tumeur qui remontait jusque dans la région épigastrique, avait permis la stase du colon transverse et, avec la traction sur la bride, qui en était la conséquence, un affaissement consécutif de l'angle du colon.

5° **Occlusions dues à un spasme de l'intestin.** — Quoique très intéressantes, les occlusions dues à cette cause sont rares et d'une interprétation difficile.

Easterly Ahston, le premier, en a observé quatre cas et, depuis, Jaboulay et Routier en ont rapporté de plus démonstratifs qui établissent d'une façon indéniable l'existence des occlusions par spasme de la tunique musculaire de l'intestin.

L'intestin, dans ces cas, ne présente aucune altération anatomique appréciable. La seule contracture de la paroi intestinale, sur une longueur

plus ou moins considérable, suffit pour réduire jusqu'à obstruction complète le calibre de l'organe.

Le spasme peut être assez persistant pour amener des accidents mortels, comme dans le cas de Routier, où le colon descendant, contracturé sur une longueur de plus de 15 centimètres était rétréci et réduit à peine au volume du petit doigt.

Habituellement, la contracture siège en même temps sur plusieurs points de l'intestin et se produit indépendamment de la péritonite et des adhérences.

Les relations de cause à effet entre l'acte opératoire et le spasme de l'intestin étant parfaitement démontrées par les observations publiées, les conditions qui président à la production de ce spasme n'en sont pas moins fort obscures.

Tuja, après Easterly Ahston, l'explique par une perturbation dans les contractions physiologiques de l'intestin : « Nous savons, dit-il, que l'état de contractilité normale de l'intestin constitue l'eupéristaltisme. La paralysie sera l'apéristaltisme. Ce dernier résultat peut survenir, croyons-nous, à la suite des précautions opératoires ordinairement en usage : Repos absolu, diète, opium avant et après l'intervention. N'est-il pas très fréquent de voir les laparatomisés rester vingt-quatre heures sans rendre ni selles, ni gaz, bien qu'il n'y ait pas de vomissements ou, tout au moins, rien qui puisse faire admettre l'occlusion intestinale. D'autre part, tous les excitants locaux peuvent produire des excitations, locales aussi, qui se traduisent par une contraction anormale de la tunique intestinale. Ces contractions désordonnées, asso-

ciées à des phénomènes de paralysie siégeant en d'autres points, constituent l'état de dyspéristaltisme. Or, est-il des excitations plus puissantes que celles produites par l'intervention du chirurgien qui malaxe la masse intestinale pour enlever une tumeur ou libérer des adhérences? »

Dans ces conditions, les occlusions incomplètes s'observent plus ordinairement que les occlusions absolues. Le spasme peut cependant persister et devenir le départ d'accidents mortels. L'intensité du phénomène spasmodique se trouve alors sous la dépendance d'une irritation violente et répétée (purgation intempestive, par exemple), qui agira par action réflexe. D'ailleurs, il ne faut pas vouloir expliquer tous les accidents dans ces cas exclusivement par des phénomènes spasmodiques. L'intestin, suivant des causes nerveuses inconnues, réagira diversement en associant le spasme à la paralysie.

Parmi les causes qui peuvent, à un moment donné, provoquer ou exagérer le spasme réflexe de l'intestin, nous avons cité les purgations intempestives. L'ensemble des réactions réflexes péritonéo-intestinales, auxquelles Gubler a donné le nom de péritonisme, se manifeste fréquemment après elles.

Or, il paraît démontré par l'expérience, qu'après les laparotomies, il faut purger le malade de bonne heure, dès le deuxième jour, avant que se soient déclarés des symptômes d'irritation péritonéale. Plus tard, lorsque ces symptômes se sont développés, l'intestin se révolte contre toute irritation, il se contracte spasmodiquement ou se

relâche complètement et les purgations n'agissent plus, d'autant que d'autres causes d'occlusion viennent à ce moment s'ajouter aux premières.

En résumé, les occlusions intestinales spasmodiques sont le plus souvent bénignes. Leur gravité, après une opération, dépend certainement d'autres causes (chûte de l'intestin, traction sur les anses, péritonite légère et adhérences, etc.) qui ajoutent leur action à la première et deviennent bientôt prépondérantes.

OBSERVATION XIX

(In Mémoire d'Easterly Ahston)

Laparotomie pour pyosalpinx double. Lavage du péritoine.

Mort le cinquième jour.

Autopsie — L'intestin grêle, à une distance de huit pouces environ de la valvule ilés-caecale, est fortement contracturé; l'obstruction est absolue. Au-dessus, énorme distension. Pas de péritonite, pas d'adhérences.

OBSERVATION XX

(Routier, *In thèse Giresse*)

Hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus.

Cette malade mourut le sixième jour, après avoir présenté le tableau de l'occlusion intestinale.

A *l'autopsie*, on ne trouve pas d'autres lésions qu'une contracture du colon descendant et de l'S iliaque qui supprimait tout calibre intestinal.

L'intestin, sur une étendue de 15 à 18 centimètres, était rétréci, comme s'il avait été ficelé ; il formait un cordon très dur et du volume du petit doigt à peine.

Voir aussi l'observation I.

6° **Occlusions dues à des fautes opératoires.** — Ce mode d'occlusion est un des moins intéres-

sants de l'étude pathogénique que nous poursuivons.

Les fautes opératoires susceptibles d'entraîner l'occlusion sont multiples, variées et plus ou moins faciles à éviter.

Des cas d'occlusion ont été observés à la suite de l'oubli dans le ventre de compresses, d'éponges, d'instruments, etc.

Fritch rapporte un cas dans lequel l'intestin a été pris dans une suture et un autre où il l'a été entre deux points de suture de la plaie abdominale. Il croit que l'intestin est venu s'interposer entre les bords de l'incision pendant les efforts de vomissements.

Spencer Wells rapporte aussi un cas dans lequel l'intestin a été pris dans l'anse d'un fil métallique servant à la suture de la plaie abdominale, de telle sorte que l'occlusion était complète quand on eut serré ce fil.

M. Quénu cite un cas où l'intestin fut pincé dans la ligature élastique du pédicule d'un fibrome.

M. Jayle, dans sa thèse de doctorat, rapporte un cas que nous publions plus loin, dans lequel l'intestin a été pris latéralement dans les mors d'une pince au cours d'une hystérectomie vaginale. La situation dans le petit bassin de la dernière portion de l'intestin grêle, la tendance qu'à la masse intestinale à envahir l'espace laissé libre par l'utérus, expliquent parfaitement qu'une anse ait pu être pincée au cours de cette opération.

Les auteurs qui ont traité la question avant nous placent dans ce groupe les occlusions consécutives aux entéroanastomoses. La gastroentéros-

tomie, suivie ou non de jéjuno-jéjunostomie, et l'entéroentérostomie sont en effet des opérations qui procurent souvent des mécomptes aux chirurgiens parce qu'elles ne sont pas encore parfaitement réglées.

Nous les avons signalées plus haut, mais en 1892, Easterly Ahston en parlait déjà en ces termes : « Une anse intestinale pourra se trouver enroulée ou tordue par le fait de l'avoir placée en mauvaise position au moment de l'anastomoser. L'occlusion pourra également résulter d'une suture faite à une plaie intestinale transversale, plaie que le chirurgien aura pu produire en déchirant des adhérences au cours d'une opération. Il est en effet à remarquer que les plaies longitudinales de l'intestin, même si elles sont étendues, peuvent être suturées sans inconvénient, tandis que les plaies transversales sont presque toujours suivies de torsion quand on les suture ».

Nous ne reviendrons pas sur cette variété d'occlusion dont les nombreux exemples demanderaient une étude spéciale.

OBSERVATION XXI

(In thèse de Jayle)

Malade de 43 ans atteinte de pelvipéritonite chronique avec poussées douloureuses qui l'immobilisent au lit.

22 aout 1894. — Hystérectomie vaginale. L'opération a été difficile et compliquée. T. 38°,8, 37°, 2. Pas de vomissements. Ballonnement, douleurs très vives, agitation. Urines claires, assez abondantes.

23. — T. 36°,8, 36°,8. Vomissements pendant la nuit et la journée ; ballonnement, douleurs très vives, agitation et respiration anxieuse.

24. – T. 37°,2, 37°,2. Vomissements fécaloïdes ; ballonnement, douleurs très vives ; selle diarrhéique à l'ablation des pinces.

25. — T. rectale, 37°,6, 38°,8. Vomissements fécaloïdes, douleurs très vives, ballonnement ; pouls petit, 135. Urines rares. Teinte subictérique. Mort dans la soirée, 76 heures après l'opération.

Autopsie. — Une anse de l'intestin grêle, qui était adhérente aux annexes droites, a été pincée latéralement. L'escharre en tombant a laissé une perforation de 1 centimètre environ. Epanchement du contenu intestinal en assez faible quantité dans la cavité péritonéale. Lésions ordinaires de la péritonite suraiguë.

III

Occlusions considérées au point de vue de leur siège

Cette classification a été proposée par Legueu (1) comme fournissant mieux l'indication opératoire secondaire. « En effet, dit-il, ce qui intéresse le plus le chirurgien, c'est moins la nature que la topographie de la lésion. Que ce soit une adhérence, une bride, une torsion, pratiquement la conduite sera la même ; ce qui importe davantage, c'est le siège de la lésion, c'est sa situation par rapport au foyer opératoire primitif. »

Se plaçant spécialement à ce point de vue, il divise les occlusions post-opératoires en trois groupes :

1° Occlusions par obstacle mécanique développé au niveau même du foyer opératoire.

(1) Legueu, *Gazette des hôpitaux,* 23 novembre 1895.

2° Occlusions par obstacle mécanique indépendant du foyer opératoire.

3° Occlusions sans obstacle mécanique.

Cette classification a été reprise par Naoumoff (1) qui l'a modifiée en y établissant des subdivisions d'après la nature de l'obstacle. Nous ne retiendrons ici que les deux premières divisions.

1° **Occlusions dues à un obstacle correspondant comme siège au foyer même de l'opération.** — Ce sont de beaucoup les plus fréquemment observées ; en se reportant au niveau même du foyer opératoire, au niveau du pédicule d'une ovariotomie ou d'une salpingectomie, on a les plus grandes chances de trouver la lésion.

Cette lésion est d'ailleurs très variable et peut être due aux adhérences, aux brides, aux vices de position de l'intestin, à sa compression, surtout sur une large surface.

Nous avons étudié en détail ces faits en recherchant la nature de l'obstacle. Nous n'y reviendrons pas et nous nous bornerons à rapporter, comme exemples les observations suivantes :

OBSERVATION XII

(Lapeyre, *In thèse Naoumoff*, résumée)

Hystéropexie pour rétroversion adhérente. Opération selon le procédé de Terrier, difficile. Les anses intestinales font constamment irruption hors de l'abdomen.

Les jours suivants hoquet et vomissements avec température vers 38°, pouls entre 110 et 120. Du pus s'écoule par le drain laissé à l'angle inférieur de la plaie.

(1) Naoumoff. Thèse de Montpellier, 1896.

Le quatrième jour, l'amélioration commence et ne cesse plus jusqu'à fermeture de la plaie.

La malade allait sortir de l'hôpital, un mois et demi après l'opération, lorsqu'à la suite d'une indigestion due à des fruits, elle présenta des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë et mourut quatre jours plus tard.

A l'*autopsie*, on trouve l'épiploon et les anses intestinales les plus superficielles adhérents entre eux et à la paroi abdominale. L'utérus n'était plus attaché à la paroi et se trouvait rétroversé dans le cul-de-sac de Douglas. Il avait contracté des adhérences avec des anses intestinales et, en les entraînant dans sa chute, avait déterminé une coudure suffisante pour produire une occlusion complète.

OBSERVATION XXIII

(Kehrer, *Centralbl. für Gynæk*, 1894)

Femme ostéomalacique depuis le début de sa 3e grossesse. Provocation d'avortement pour les couches suivantes.

7e grossesse à terme. Rupture de la vessie pendant les premières contractions. On pratique l'opération césarienne et on extrait un enfant qui vit quelques instants.

Pendant les jours suivants, la malade vomit, le ventre est météorisé, le pouls a 130. Le troisième jour elle tombe dans le collapsus et meurt.

A l'*autopsie*, abdomen fortement gonflé. Intestins et péritoine rougeâtres. La cavité péritonéale contient un demi-litre de liquide sanguinolent.

L'intestin grêle et le gros intestin sont très gonflés. Le rectum, au contraire, vide et contracté est comprimé par l'utérus qui a le volume d'une tête d'enfant.

2° **Occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire.** — Dans la première catégorie, la cause de l'occlusion était toujours en rapport plus ou moins immédiat avec le foyer opératoire et, en abordant par une nouvelle intervention ce foyer,

on avait des chances de trouver et de lever l'obstacle. Il n'en est plus de même dans cette seconde catégorie où la cause réside relativement loin du foyer opératoire.

C'est ici que se placent les occlusions que nous avons montré produites par l'exagération de l'angle colique sous-costal gauche. Ces occlusions bien étudiées par Adenot et que Legueu a signalées également sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit et, avec ces auteurs, nous conseillerons d'explorer systématiquement l'hypocondre droit, lorsque le foyer opératoire ne présente rien d'anormal.

Voir les observations XIV et XVIII.

IV

Occlusions intestinales considérées au point de vue des opérations qui leur donnent naissance

C'est la classification dont se sert Bauby (1) dans le chapitre qu'il consacre aux occlusions intestinales post-opératoires. « Les accidents d'iléus post-opératoires, dit-il, peuvent dépendre de causes très diverses. Certains, d'ordre plus général, sont communs à la plupart des opérations abdominales ; d'autres se produisent spécialement à la suite de telle ou telle opération en particulier, elles dépendent souvent de telle ou telle technique suivie par le chirurgien. »

(1) Bauby. *L'occlusion intestinale*, p. 46.

Nous envisagerons donc séparément les variétés d'occlusions communes à toutes les opérations et celles qui sont spéciales à certaines opérations.

1° **Variétés d'occlusions communes à toutes les opérations abdominales.** — Nous retrouvons ici, d'une part, des occlusions vraies ou mécaniques, d'autre part, des occlusions fausses ou dynamiques.

Les *occlusions mécaniques* relèvent de deux facteurs principaux : adhérences péritonéales et agents de compression. Nous les avons étudiées ailleurs, aussi n'y reviendrons nous que pour rappeler le rôle des surfaces saignantes, de la péritonite plastique pour les premières, et celui des épanchements sanguins, des instruments oubliés dans le ventre, d'un tamponnement trop serré pour les seconds.

La pathogénie des *occlusions dynamiques* est déjà connue. La coprostase, d'une part, et, d'autre part, les troubles réflexes d'innervation suffisent à les expliquer. D'où la surveillance des malades, surtout des femmes, au sujet des fonctions intestinales et l'administration d'un purgatif 48 heures après l'opération. Ce purgatif doit être la règle après toute laparotomie. Il est seulement contre-indiqué dans quelques cas de hernie étranglée où l'intervention a été tardive et où on suppose l'intestin en mauvais état. Mais, même alors, le balayage du tube digestif ne doit pas être longtemps différé.

2° **Variétés d'occlusions spéciales à certaines formes opératoires.** — Les phénomènes d'étranglement interne se montrent plus souvent et offrent certaines particularités à la suite des interventions suivantes : kélotomie pour hernie étranglée ; extirpation des grosses tumeurs de l'abdomen ; hystéropexie ; hystérectomie vaginale ; gastro-entérostomie ; résection de l'intestin.

Après l'*opération de la hernie étranglée*, la persistance des phénomènes d'étranglement peut tenir simplement à l'atonie de l'intestin ; mais, parfois, elle dépend d'une cause mécanique : réduction en masse, passage de l'anse herniée dans un autre sac sous-jacent, réduction incomplète et arrêt à un anneau profond, perforation de l'épiploon capable de devenir un anneau constricteur, ligature avec le sac d'une frange épiploïque qui fera plus tard une bride, etc. (Obs. XXIV).

L'*extirpation des grosses tumeurs de l'abdomen* peut entraîner l'arrêt des matières par l'exagération de l'angle colique gauche, consécutive à la chute du colon transverse, mécanisme qu'ont décrit Adenot et Legueu et dont nous avons longuement parlé plus haut.

A la suite de l'*hystéropexie abdominale*, les adhérences nouvelles de l'utérus peuvent se relâcher et s'étendre en guise de tractus fibreux autour desquels une anse risquera de s'engager. Jacobs (de Bruxelles) a relaté un fait de cet ordre au Congrès de Genève. Bauby en a également observé un cas dans le service de son maître, le professeur Jeannel. (Obs. XXV).

L'*hystérectomie vaginale* se termine par un tamponnement plus ou moins serré, capable d'exercer une compression fâcheuse sur les organes voisins ; en outre, elle laisse une plaie du vagin et des ligaments larges qui peuvent servir d'amorce aux adhérences intestinales. Enfin, après l'ablation de l'utérus, il reste au fond du vagin un orifice destiné à se rétrécir et qui peut livrer aux anses inférieures un passage dangereux. Quénu, Poirier, Cittadini (de Bruxelles), entre autres, ont publié des cas de ce genre. La question a été bien étudiée par Giresse dans sa thèse, discutée peu après au Congrès de Gynécologie de Genève en 1895 et Pichevin l'a reprise à son tour dans son dernier livre sur l'hystérectomie vaginale.

La *chirurgie de l'intestin grêle* offre des éléments favorables à la pathogénie de l'occlusion. Entérostomies, entérectomies, entéroplasties, anastomoses par sutures et par boutons peuvent laisser à la suite des rétrécissements, coudures, éperons et corps étrangers.

La gastroentérostomie, en particulier, a donné de nombreux mécomptes ; plusieurs cas de mort par occlusion ont été publiés ; leurs auteurs en trouvent la cause dans la situation réciproque des deux anses afférente et efférente, dans la coudure de celle-ci, la dilatation de celle-là (1), la brièveté du mésentère (Chaput). De nouveaux procédés, entre autres celui de Lucke, de Roux, permettent de parer à ces graves inconvénients.

(1) Nové-Josserand. *Lyon médical*, 9 mai 1897.

OBSERVATION XXIV

(Bauby, *L'Occlusion intestinale*, p 50)

En 1895, j'opérai, chez une femme de 60 ans, une vieille hernie crurale étranglée depuis quelques heures.

L'opération fut des plus simples ; cependant l'anse intestinale et le pédicule d'épiploon ne rentraient pas aussi vite que d'habitude ; je dus les refouler avec le doigt.

Or, les phénomènes d'étranglement reparurent dès le lendemain, si bien qu'au bout de cinq jours il fallut rouvrir le ventre et retirer par l'intérieur une anse d'intestin grêle, la même probablement, engagée près de l'anneau crural entre le péritoine et la paroi. Ce fut la guérison.

OBSERVATION XXV

(Jeannel, *In Bauby. L'occlusion intestinale*, p. 52)

Hystéropexie abdominale pour rétroflexion adhérente.

Cinq mois après survint une crise d'occlusion intestinale qui fut conjurée par un traitement médical. Mais les crises se répétèrent. La malade revint dans le service. M. Jeannel pratiqua l'hystérectomie vaginale ; depuis lors, il n'y a pas eu de nouvelles complications.

Nous venons de passer en revue les différentes classifications qui peuvent s'appliquer aux occlusions intestinales post-opératoires. Si nous ne nous sommes pas attachés, à l'exemple de nos devanciers, à faire rentrer dans une seule d'entre-elles les différentes variétés d'occlusions, c'est que beaucoup d'entre elles nous ont paru susceptibles de prendre place en même temps dans plusieurs de ces divisions, souvent artificiellement créées. Nous avons pensé faire œuvre plus utile en présentant ces occlusions sous les divers aspects qu'elles peuvent présenter.

Neuf observations recueillies à la Faculté de Médecine de Nancy

OBSERVATION XXVI

(Communiquée par M. le professeur Weiss à la *Société de Médecine de Nancy*)

Concerne un jeune garçon de 13 ans atteint en novembre 1896 d'une appendicite perforante suraiguë que j'ai traitée par la laparotomie. Son histoire a été relatée dans le mémoire que M. Février a lu en notre nom devant la Société en 1897. Je la résume brièvement.

Début brusque de l'affection appendiculaire. Au bout de 48 heures, ballonnement de tout le ventre. Etat général très grave. Fluctuation dans la fosse iliaque droite. Tout indique une péritonite en voie de généralisation.

Intervention immédiate par la laparotomie latérale selon le procédé de Roux. Je tombe sur un abcès horriblement fétide au milieu duquel se trouve une concrétion stercorale du volume d'une amande. Drainage avec la gaze iodoformée sans réunion.

Dès le lendemain, amélioration notable. Le premier pansement est enlevé au bout de quatre jours ; on constate à ce moment une petite fistule stercorale qui se ferme les jours suivants.

La guérison paraissait assurée, quand le 25 décembre le malade éprouve dans la nuit des coliques très violentes en même temps que se montre un peu de ballonnement du ventre. J'attribue ces accidents à de la constipation et prescris un purgatif qui amène plusieurs selles et un soulagement notable.

Cet orage paraissait devoir être passager, quand, dans la nuit du 25 au 26 décembre, les coliques abdominales se reproduisent avec une intensité extraordinaire, arrachant des cris à l'enfant. A la visite du matin, je le trouve dans un état alarmant. Le facies est grippé, le pouls très fréquent, les

plaintes incessantes. Il n'y a pas eu de selle depuis la veille, ni d'émission de gaz par l'anus.

L'examen du ventre révèle les particularités suivantes : Il existe un ballonnement partiel, limité très nettement à la partie sus-ombilicale du ventre qui est très douloureux à la pression, tandis que les flancs sont aplatis et relativement peu sensibles. La fosse iliaque droite ne révèle aucune particularité à signaler. Au niveau de la partie ballonnée, on voit très nettement les anses intestinales qui se dessinent et se déplacent au-dessous de la paroi, surtout au moment des coliques. Ce signe attire immédiatement mon attention, car je l'ai rencontré dans tous les cas d'occlusion intestinale que j'ai eu à traiter. Aussi, je pense immédiatement à l'existence d'un étranglement interne produit par une bride consécutive à la péritonite antérieure et je crois pouvoir, d'après le point particulièrement douloureux et la forme du ballonnement, localiser l'obstacle vers la partie supérieure de l'intestin grêle.

A midi, survient un premier vomissement, composé de bile ; à trois heures, deuxième vomissement, nettement fécaloïde. Je n'hésite plus et, séance tenante, c'est-à-dire quinze heures environ après le début des accidents, je me décide à pratiquer une deuxième laparotomie destinée à lever l'étranglement.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'ombilic ; à peine le ventre ouvert, je tombe sur des anses distendues appartenant à la première portion de l'intestin grêle. En les soulevant, j'aperçois une bride au-dessous de laquelle les anses sont aplaties. C'est l'obstacle à coup sûr. Cette bride date évidemment de la péritonite appendiculaire que ma première intervention avait trouvée en voie de se généraliser et qu'elle avait heureusement arrêtée dans son évolution. D'abord molle et incapable d'arrêter la circulation intestinale, elle s'était rétractée petit à petit et avait fini par enserrer l'intestin. Dans la fosse iliaque, je constate quelques adhérences qui ne paraissent jouer aucun rôle dans l'étranglement actuel. Je déchire aisément la bride supérieure, sans

qu'une ligature soit nécessaire et aussitôt je vois les anses inférieures qui se dilatent sous l'influence des gaz.

Le ventre est refermé avec un drainage à la Mickulicz à la partie inférieure de l'incision. Je prends soin d'isoler la plaie encore suppurante de la fosse iliaque par un pansement collodionné, pour éviter une contagion de voisinage.

Dans la journée, il y a un soulagement très marqué, mais l'enfant, fatigué de ces deux opérations successives, se trouve dans un grand état de faiblesse.

Néanmoins, les jours suivants, il se remonte petit à petit ; le drainage est supprimé le quatrième jour et la plaie médiane se cicatrice, de même que celle de la fosse iliaque. L'alimentation redevient possible et la régularité des selles est obtenue par des lavements.

Aucun incident ne vient plus troubler la guérison et, vers la fin de janvier 1897, il quitte le pensionnat de l'hôpital dans une situation très satisfaisante. Je l'ai revu ces jours-ci dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer.

OBSERVATION XXVII

(Communiquée par M. le Professeur Weiss à la *Société de Médecine de Nancy*)

Concerne une dame que j'ai eu l'occasion de soigner dans des circonstances un peu particulières, c'est à dire pendant la villégiature que je faisais à Gérardmer en septembre dernier. C'était la nuit, dans un châlet de la montagne, bien loin des ressources de la chirurgie moderne. Agée d'une soixantaine d'années, cette dame présentait depuis quelques heures les signes d'une hernie crurale étranglée du côté gauche, tumeur irréductible, douloureuse, vomissements, constipation absolue. Comme renseignement spécial, j'appris que cette hernie avait déjà été étranglée il y a vingt ans ; qu'elle avait été opérée à cette époque, mais qu'elle s'était reproduite en dépit de tous les bandages.

Après des tentatives infructueuses de taxis, je reconnus la nécessité de la kélotomie immédiate et me mis en quête d'un confrère qui put me prêter son assistance et les instruments

dont j'étais totalement dépourvu. Ce fut un labeur considérable que d'aller à sa recherche un falot à la main, à travers les sentiers accidentés de la montagne A deux heures du matin, enfin, avec un bistouri, six pinces à forcipressure, une mauvaise aiguille et du fil vaguement aseptique, je pus procéder à la kélotomie, pendant que mon confrère donnait le chloroforme.

Je trouvai une grosse anse intestinale étranglée, qui ne présentait aucune altération sérieuse, ainsi qu'une volumineuse masse épiploïque. L'anneau débridé, je réséquai l'épiploon et cherchai à réduire l'intestin. Impossible d'y parvenir ; il y avait un obstacle à la réduction, dont je ne pouvais m'expliquer la cause ; après un examen attentif, je reconnus que l'anse intestinale avait contracté des adhérences intimes dans le ventre, au pourtour de l'anneau crural, ce qui expliquait qu'elle ressortait immédiatement dès qu'on essayait de la rentrer. C'était vraisemblablement un reliquat de la première opération de kélotomie, faite vingt ans auparavant. Avec beaucoup de difficultés et de prudence, je réussis à décoller avec le doigt des adhérences intestinales et finalement la réduction s'opéra. Je terminai l'opération en faisant la cure radicale, résection du sac et suture de l'aponévrose pectinéale à l'arcade crurale. Pansement compressif iodoformé. Extrait thébaïque 0 gr. 05 centigr.

Le lendemain, 20 septembre, je constatai que les douleurs abdominales accusées par la malade avaient disparu. Le ventre était assez souple, mais ni gaz, ni matières fécales n'avaient été rendus par l'anus. T. 37°. P. 76

21 septembre. — Même état. Toujours aucun indice de rétablissement de la circulation intestinale. Le ventre commence à se ballonner, tout en restant indolore. La température et le pouls sont toujours normaux. Je prescris un cachet de calomel de 0 gr. 30 centigr.

22 septembre. — La nuit a été mauvaise. Il y a eu des envies de vomir. Le ballonnement a augmenté considérablement ; mais le pouls est toujours à 80 et la température à 37°. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi et sont le siège de mouvements péristaltiques très marqués.

Je fais prendre 30 grammes d'huile de ricin qui n'amènent aucun résultat. Malgré une canule placée à demeure dans le rectum, aucun gaz n'est rendu.

23 septembre. — La situation est devenue très sérieuse ; le ventre est ballonné et tendu. Tout ce qui est absorbé par la malade est rendu très rapidement ; mais les vomissements n'ont pas le caractère fécaloïde et sont teintés par la bile. Le pouls est devenu plus rapide sans dépasser 100. La température est restée normale. Il n'y a pas de douleur localisée dans le ventre.

A quelle complication avions-nous à faire ? S'agissait-il d'une péritonite post-opératoire à marche un peu lente, comme j'en ai vu chez de vieilles femmes, ou bien étions nous en présence d'une occlusion intestinale ?

Me basant sur l'absence de fièvre et de douleur à la pression du ventre, sur les contractions péristaltiques visibles de l'intestin, sur l'état du pouls, je me rangeai à cette dernière hypothèse ; mais il restait à déterminer la nature de l'obstacle. S'agissait-il d'un iléus paralytique comme on en a fréquemment signalé à la suite de la kélotomie, ou bien n'existait-il pas d'anciennes adhérences qui, unissant l'anse intestinale étranglée à la paroi, jouait le rôle d'obstacle. Il était difficile de se prononcer d'une façon précise ; ce qu'on pouvait affirmer, c'est que l'étranglement interne, s'il existait, avait une marche plutôt chronique qu'aiguë et que vraisemblablement, l'agent constricteur siégeait du côté de l'anse primitivement herniée, c'est à dire du côté gauche. La laparotomie pouvait facilement m'éclairer, mais elle me paraissait contre indiquée pour diverses raisons : j'étais seul pour la pratiquer ; mon outillage était aussi défectueux que lors de ma première opération et mon antisepsie très précaire. D'autre part, l'entérostomie faite au lieu d'élection, c'est à dire au-dessus de l'arcade crurale droite, me conduisait bien loin du siège des accidents. Je me résolus à prendre un moyen terme, à savoir faire une petite incision médiane qui me permit d'explorer la région iliaque gauche, de lever l'obstacle s'il se présentait facilement, ou sinon, de faire un anus contre-nature médian sur une anse aussi basse que

possible. Cette conduite me paraissait le mieux remplir les indications qui découlaient de ce cas difficile et je me mis en devoir de m'y conformer sur l'heure.

Pendant que mon confrère donnait le chloroforme, j'incisai la paroi abdominale sur la ligne blanche sous-ombilicale sur une étendue de 6 centimètres. Le ventre ouvert, j'introduisis le doigt dans la direction de l'arcade crurale gauche et pus constater que l'orifice crural était libre de toute adhérence et qu'il n'existait aucune bride appréciable dans cette région. Les anses intestinales en ce point paraissaient seulement peu mobiles l'une sur l'autre, ce qui me fit penser qu'il existait probablement une coudure simple de deux anses maintenues par le mésentère rétracté, en somme un obstacle incomplet, susceptible de s'amender ou de guérir par la décompression intestinale.

Je me contentai donc d'attirer dans la plaie une anse distendue du côté droit et de la fixer à l'incision de la paroi rétrécie par quelques points de suture. Puis, j'ouvris l'intestin, ce qui amena l'issue d'une énorme quantité de liquide intestinal fétide.

A partir de ce moment, tous les accidents s'amendèrent rapidement. Le ventre était affaissé dès le lendemain. L'alimentation pût être commencée presque aussitôt ; elle fut aussi intensive que possible, étant donné que l'anse ouverte était située très haut.

Au bout de quelques jours, j'eus la satisfaction de constater que mon pronostic favorable était en train de se réaliser ; les matières commençaient à passer par le bout inférieur. Bien que les liquides s'écoulassent abondamment par la plaie, la santé de cette malade, fort affaiblie au moment de mon intervention, se releva progressivement et je pus sans inconvénient attendre trois mois les progrès de la rétraction cicatricielle de l'anus artificiel, avant de songer à l'oblitérer.

L'ouverture intestinale restant stationnaire, je retournai voir cette dame à Lunéville à la fin de décembre 1898 et pratiquai la suture par abrasion, suivant la méthode de Chaput, qui fut suivie d'un plein succès.

A l'heure actuelle, cette dame est bien guérie et ne garde de ses accidents antérieurs que la constipation, qu'elle avait du reste déjà avant l'intervention.

OBSERVATION XXVIII

(Communiquée par M. le professeur Weiss à la *Société de Médecine de Nancy*)

Concerne une femme que j'ai soignée pour la première fois à la Maison de Secours, il y a quatre ans. Elle s'était présentée à moi avec un volumineux kyste multiloculaire et végétant de l'ovaire gauche, qui était en partie inclus dans le ligament large. Je pratiquai à cette époque une première laparotomie qui me permit d'enlever la tumeur et fut suivie de succès.

Un an après, elle revenait avec une récidive presque aussi volumineuse Deuxième laparotomie qui me fit constater de telles adhérences que je dus renoncer à l'extirpation et que je dus pratiquer la marsupialisation de la poche, après avoir rompu et évacué le plus de kystes possible.

Quelques mois ne s'étaient pas écoulés,qu'elle se présentait à moi le ventre de nouveau entièrement rempli par la tumeur.

Par la fistule existante, j'eus l'idée d'introduire une curette avec laquelle je déchirai toutes les cloisons accessibles, ce qui me permit d'évacuer plusieurs gros kystes, de sorte que la tumeur s'affaissa de nouveau.

A partir de ce moment, elle me revint périodiquement tous les six mois et, chaque fois, je pus évacuer les poches nouvelles qui s'étaient remplies, soit avec la curette, soit avec le doigt guidé par la main placée sur la face externe de la tumeur Je pratiquai ainsi six ou huit fois la même opération, qui était toujours suivie d'un soulagement parfait et lui permettait même de reprendre ses occupations. A ce titre seul, cette observation est intéressante ; elle montre ce qu'on peut faire en présence de kystes inopérables, que l'on a dû marsupialiser.

En octobre 1898, elle me revint, toujours avec les mêmes accidents et je pratiquai encore la même manœuvre ; mais

mon intervention fut suivie cette fois de violentes douleurs, ce qui ne l'empêcha pas de quitter au bout de quelques jours la Maison de Secours. Elle revint au bout d'un mois, dans un état général absolument lamentable, fièvre intense, anorexie absolue, vomissements incessants, facies grippé ; bref, la situation était alarmante. Localement, je constatai dans le ventre l'existence d'une tumeur fluctuante qui remplissait la région iliaque gauche et la région médiane. La fistule renfermait toujours un gros drain, qui ne coulait pas. Il y avait là, à coup sûr, une volumineuse poche suppurée développée soit dans le péritoine, soit dans le kyste lui-même.

Comme elle faisait une saillie très forte vers le flanc gauche, je fis une incision un peu en dehors de la ligne blanche latérale de ce côté et tombai dans une poche énorme renfermant six à huit litres de pus. En y introduisant mon doigt, je reconnus qu'elle n'était séparée de la fistule médiane que par une mince cloison qu'il y avait tout intérêt à détruire, ce que j'exécutai immédiatement. En introduisant le doigt par cette seconde ouverture, je reconnus que la poche se prolongeait vers la fosse iliaque droite, remplissant ainsi toute la cavité abdominale. Trouvant le drainage insuffisant, je me résolus à faire une troisième ouverture à droite et, comme tout me faisait penser que la poche adhérait partout à la paroi, je fis, sans précaution antiseptique particulière, une incision dans le flanc opposé. A ma grande stupéfaction, je tombai, non dans la poche, mais dans le péritoine non adhérent et les anses intestinales s'échappèrent au dehors. Je dus donc refermer la paroi en ce point, après avoir, par mesure de précaution, placé un drainage à la Mickulicz dans le péritoine.

Les accidents infectieux dus à la suppuration de la tumeur ovarique s'amendèrent dès le même jour. Le deuxième jour, je retirai le drainage à la Mickulicz, qui avait été enfoncé un peu trop profondément, peut-être ; j'eus quelque peine à le faire. Le soir, le ventre qui jusque là avait été peu douloureux, devint sensible. Le pouls était fréquent. Il n'y avait eu aucune émission de gaz par l'anus. Je prescrivis un cachet de calomel et un lavement qui ne furent suivis d'aucun résultat.

Le troisième jour, la situation était devenue alarmante ; le ventre se ballonnait de plus en plus ; il y avait des vomissements incessants. T. 37°,5. P. 100. Les anses intestinales se dessinaient sur la paroi et étaient le siège de contractions péristaltiques très manifestes.

Dans la nuit survient un vomissement ayant une odeur fécaloïde.

Le quatrième jour au matin, tous les accidents se sont aggravés encore. Le facies est grippé, l'anxiété vive. Bref, la situation paraît d'autant plus désespérée que tout fait pencher vers l'idée d'une péritonite post-opératoire. Me basant cependant sur certains indices défavorables à cette idée, je penche vers l'hypothèse d'une occlusion intestinale que j'ai quelque tendance à mettre sur le compte d'une torsion intestinale produite par le drainage à la Mickulicz. Je me décide séance tenante à rouvrir une quatrième fois le ventre et à faire un anus artificiel.

Avec l'assistance de mon collègue Février et de M. Renaud, je rouvre l'incision déjà cicatrisée du flanc droit et pratique l'entérostomie. Il s'écoule immédiatement un liquide très abondant et, en peu de temps, l'abdomen s'affaisse comme un ballon crevé.

A partir de ce moment, tous les accidents s'apaisent comme par enchantement ; les vomissements cessent, l'appétit revient et j'ai la satisfaction de voir quelques jours après les matières fécales reprendre leur cours naturel. L'anus contre-nature se ferme lui-même spontanément le quinzième jour, sans qu'il soit besoin d'aider la nature. Entre temps, la poche suppurée s'est si bien rétractée que les drains sont chassés d'eux-mêmes. La suppuration a détruit la tumeur kystique à tel point qu'il n'en reste qu'une petite portion dure, enclavée dans le bassin et perçue seulement par le toucher vaginal.

Cette femme après avoir subi quatre ouvertures du ventre, plus sept ou huit opérations complémentaires, quitte la Maison de Secours à la fin de novembre dans un état de santé très satisfaisant. Je n'ose cependant affirmer sa guérison entière, vu que la tumeur restant dans le bassin est encore susceptible de végéter.

OBSERVATION XXIX (personnelle)

(Inédite, recueillie dans le service de M. le professeur Weiss)

Ch..., 48 ans, cigarière, entre le 9 janvier 1899 pour des phénomènes d'occlusion intestinale.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève les faits suivants : Son père est mort à 76 ans. Sa mère est morte à 47 ans d'une tumeur abdominale, de nature indéterminée. La malade a une sœur bien portante, deux autres sœurs ont succombé à la tuberculose pulmonaire.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève pas de maladie antérieure. La malade a eu ses premières règles à 16 ans ; elle s'est mariée à 21 et n'a jamais été enceinte.

La maladie actuelle remonte à l'année 1876. La malade dit en effet que, depuis cette époque, elle souffre du bas-ventre, ayant des coliques, mais pas de diarrhée. Elle avait plutôt de la tendance à la constipation. Jamais il n'y a eu le moindre trouble du côté de la menstruation ; jamais, non plus, la malade n'a dû garder le lit pour ses indispositions.

Mais le 20 décembre 1898, la malade, bien portante la veille et le matin même, fut prise à l'atelier de coliques qui l'obligèrent à quitter son travail et à regagner son domicile. Le lendemain, cependant, elle put se rendre à l'atelier qu'elle ne quitta définitivement que deux jours avant son entrée à l'hôpital. Les coliques, néanmoins, persistèrent pendant tout ce temps, très violentes ; le ventre était ballonné par instants, la malade restant quelquefois constipée pendant trois ou quatre jours.

Le 4 janvier, trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade présenta des phénomènes d'occlusion intestinale avec vomissements, ballonnement du ventre, etc.

A son entrée, on constate un ballonnement généralisé à tout le ventre. Pas de selles, ni de gaz depuis deux jours. T. 36°5. P. 92, petit, dépressible.

La malade est très affaissée, presque cachectique.

Sonorité partout au niveau de l'abdomen. Pas de trace de hernie inguinale ni crurale.

Par le toucher rectal, on sent un obstacle au niveau de l'ampoule rectale, obstacle constitué par une tumeur dure, du volume du poing, nettement perceptible par le toucher vaginal, au niveau du cul-de-sac postérieur. La tumeur comprime le rectum au point qu'il est impossible de franchir l'obstacle même à l'aide d'une sonde rigide, quand on veut donner un lavement à la patiente.

Cet état persistant pendant plusieurs jours, on se décide à intervenir par une hystérectomie vaginale.

Le 17 janvier, l'opération a lieu sous le cloroforme. Mais en raison de l'étroitesse du canal génital, la malade n'ayant pas eu d'enfant, il est impossible d'extirper le fibrome, ni l'utérus, solidement enclavé dans le petit bassin.

Immédiatement on fait la laparotomie médiane qui permet, non sans de grandes difficultés l'énucléation du corps fibreux et de l'utérus. On referme le ventre et on draine par le vagin au moyen d'une lanière de gaze iodoformée.

Au bout de 48 heures on enlève les pinces laissées sur les ligaments larges.

Suites opératoires normales au début, mais au bout de huit jours, on constate que la ligne de sutures a suppuré sur presque toute son étendue. En même temps on découvre une escharre large comme une pièce de cinq francs à la fesse droite. Cependant l'état général se relève et la malade marche rapidement vers la convalescence.

Trois semaines après l'opération, le 8 février, le jour où elle demandait à se lever, la malade, en pleine convalescence, est prise de nouveaux phénomènes d'occlusion intestinale. Elle a de nombreux vomissements et un hoquet continu. A l'examen du ventre on constate un ballonnement partiel. La température est au-dessous de la normale, le pouls petit, le facies est grippé. Un lavement donné avec une longue canule reste sans effet.

Séance tenante, M. le professeur Weiss fait un anus contre-nature sur la ligne médiane. Il constate au cours de l'opération une sorte de rétraction du mésentère, qui paraît être la cause de l'étranglement.

La malade se remet très vite du choc opératoire et dès le troisième jour, les gaz sortent par le rectum.

Les jours suivants, la malade va assez bien. Mais le 20 février, elle est atteinte d'une diarrhée profuse qui sort par l'anus artificiel. Le sous-nitrate de bismuth restant sans effet, on prescrit de l'extrait thébaïque qui a raison de cette diarrhée au bout de quelques jours.

M. le professeur Weiss, pensant alors qu'il n'existe aucun empêchement au cours des matières par le bout inférieur, se décide à réintervenir. Le 24 février, sous le chloroforme, il cherche, par le procédé de Chaput, à rétrécir l'orifice de l'anus contre-nature qui, par suite de la laparotomie primitive, s'était considérablement agrandi. A l'aide de ciseaux fins il dissèque la muqueuse de l'intestin et par un surjet fait avec un mince fil de catgut, il rétrécit l'orifice intestinal. Pour rétrécir l'orifice cutané, il dissèque également la peau dont on rapproche les lèvres par des points isolés. Le nouvel orifice ne laisse plus pénétrer qu'une sonde n° 20, introduite dans le bout supérieur.

Pendant la nuit, la malade a du ténesme rectal et rend quelques gaz par l'anus.

Le 26, on enlève la sonde, les gaz passent par le bout inférieur; mais les matières fécales ne passent pas et un lavement reste sans effet.

Les jours suivants, la malade va en s'affaiblissant. On est obligé d'avoir recours aux lavements nutritifs. Malgré cela la malade se cachectise de plus en plus et, le 3 mars, elle meurt subitement à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on trouve quelques adhérences laches de chaque côté. Quelques tubercules crétacés aux deux sommets. Emphysème léger. Au lobe inférieur gauche on trouve plusieurs foyers de congestion pulmonaire et, à la coupe, il s'écoule du pus des bronches en assez grande quantité.

Le cœur est pâle, mou, avachi. Rien aux valvules. Le myocarde est friable. On trouve quelques plaques laiteuses à la face antérieure du péricarde.

Le foie est pâle et se déchire sous le doigt.

Les reins sont petits et rouges. La décortication se fait difficilement.

L'intestin n'est pas aplati. L'anus artificiel siège à environ 1 m. 50 en amont de l'ampoule rectale. A son voisinage, les anses intestinales sont agglutinées par de fausses membranes toutes récentes qui cèdent facilement. Mais on constate que le mésentère à subi un mouvement de torsion de 45° environ, ce qui a eu pour effet de comprimer fortement l'intestin grêle correspondant.

Dans le petit bassin, les anses intestinales sont également très agglutinées, mais ici les fausses membranes sont plus compactes et plus difficiles à rompre. Il arrive même qu'en voulant détacher deux anses, on produit une perforation de l'intestin. Le cæcum et l'appendice sont normaux, mais adhérents à une poche du volume d'une orange, collée contre la fosse iliaque interne, qui n'est autre qu'un pyosalpinx droit.

A gauche on ne trouve rien de particulier.

OBSERVATION XXX

(Communiquée par M. le Professeur Gross à la *Société de Médecine de Nancy*

Mme X., 29 ans, mariée, sans enfants, a toujours été bien réglée jusqu'il y a six mois.

Elle n'offre rien de particulier dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Depuis six à huit mois environ, elle se plaint de douleurs pelviennes. Les règles sont devenues irrégulières et se prolongent au-delà du terme normal, accompagnées et suivies d'une leucorrhée horriblement fétide.

Jusqu'à ce moment, cette femme s'est contentée de consulter une sage-femme.

Le Dr Schuhl appelé constate facilement une épithétioma végétant du col utérin.

Ce diagnostic est confirmé par M. le Professeur Gross qui pratique l'hystérectomie vaginale, avec application de pinces de Richelot sur les ligaments larges.

Le deuxième et le troisième jour, la température est normale. La malade accuse peu de douleurs ; elle éprouve quelques nausées suivies de vomissements attribués au chloroforme ; mais le ventre est souple et pas douloureux.

On enlève les pinces le troisième jour et on ordonne de la limonade purgative qui est vomie. La malade n'a pas de selle et aucune émission de gaz ne se fait par l'anus. Elle n'a pas de température, mais le pouls est fréquent et le facies grippé. Le ventre est plus dur que la veille. Dans la journée, la malade éprouve quelques hoquets.

Le quatrième jour, le hoquet persiste, l'inappétence est absolue. La malade ne supporte rien, elle vomit tout ce qu'elle prend. Le ventre est légèrement ballonné et on commence à craindre une occlusion intestinale consécutive à l'opération.

Le cinquième jour, l'état s'aggrave. La température est toujours normale, mais le pouls monte à 128, la malade a toujours son hoquet et est prise de vomissements bilieux. Le ventre est ballonné, mais peu douloureux. Ni gaz, ni selle. Le diagnostic d'une occlusion se confirme et on intervient par la laparotomie. On trouve les anses intestinales modérément distendues. Une d'entre elles est fixée dans le fond du bassin. En la suivant, on la trouve coudée, le bout du haut distendu, celui du bas affaissé. Quelques légères tractions l'amènent hors du ventre et on peut reconnaître au sommet de la coudure, sur le bord convexe et sur une étendue de deux centimètres environ, des traces d'adhérences saignantes, déchirées, au centre desquelles on trouve une petite surface couverte de quelques grumeaux purulents. On nettoie cet endroit et on le touche avec de l'eau phéniquée concentrée. Puis on réintègre l'intestin et on ferme le ventre.

Malheureusement, on ne constate aucune amélioration à la suite de cette opération. Les phénomènes s'aggravent et il se déclare des accidents de péritonite septique qui enlèvent la malade le huitième jour.

OBSERVATION XXXI

(Communiquée par M. le Professeur Gross, à la *Société de Médecine de Nancy)*

Homme de 63 ans, maçon, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Le début des accidents remonte à dix mois ; il éprouvait alors de violentes douleurs épigastriques.

Depuis six mois, il est pris de vomissements fréquents qui surviennent assez régulièrement environ trois heures après le repas. Il y a quatre mois, il a eu une hématémèse et, depuis, quelques vomissements noirs. Il a été mis pour cette cause au régime lacté.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une tumeur de la région du pylore. Le malade est très amaigri et présente un aspect cachectique.

Le 24 février 1899, on pratique la gastroentérostomie antérieure par le procédé Waelfler.

Après l'opération les vomissements continuent. Le malade n'a pas de hoquet, la température reste normale, mais le pouls s'accélère. On pratique une injection de sérum artificiel et on donne des lavements nutritifs. On craint une péritonite post-opératoire, mais on ne constate aucun ballonnement, aucun endolorissement du ventre. L'intolérance stomacale est absolue. L'opéré vomit tout, mais ne souffre aucunement. On conclut à un défaut de circulation des matières par coudure de l'anse anastomosée.

En raison de l'état profondément cachectique de l'opéré, on renonce à toute nouvelle intervention opératoire. En principe celle-ci aurait dû être acceptée et consister en une entéro-anastomose complémentaire établie sur les deux bouts de l'anse intestinale réunie à l'estomac. La mort survient le huitième jour après l'opération.

A l'*autopsie*, pratiquée par M. le Docteur Hoche, chef des travaux d'anatomie pathologique, on reconnaît comme cause de l'occlusion intestinale post-opératoire une adhérence de l'épiploon qui, passant derrière l'anse anastomosée, entre elle et le colon transverse, en avant de l'estomac, vient

adhérer à la ligne de réunion de l'incision abdominale. On ne trouve aucune trace de péritonite.

OBSERVATION XXXII

(Communiquée par M. le Professeur Gross à la *Société de Médecine de Nancy*)

Femme de 50 ans, non mariée. Présente une cyphoscoliose rachitique remontant à la première enfance. Elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire à l'âge de 25 ans.

Les règles ont toujours été douloureuses ; elles sont devenues irrégulières depuis dix-huit mois. La malade a constaté l'augmentation du volume de son ventre depuis trois ans environ.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire se pose facilement. L'état général est mauvais ; il est sous la dépendance de troubles cardio-pulmonaires déterminés par la déformation du squelette thoracique.

On pratique l'ovariotomie le 15 novembre 1893. L'opération se passe sans incidents particuliers.

Le lendemain, la température est normale, le pouls a 100. La malade a eu quelques vomissements glaireux attribués au chloroforme.

Le deuxième jour, on administre un purgatif qui reste sans résultat. La malade se plaint d'un malaise général. Il n'est pas sorti de gaz par l'anus.

Le troisième jour, le pouls s'accélère et monte à 120. Les vomissements deviennent plus fréquents. Les urines diminuent de quantité. Un nouveau purgatif provoque deux selles liquides.

Le quatrième jour on constate une amélioration dans l'état de la malade. La température est normale, le pouls à 110. Mais dans la nuit les vomissements reparaissent.

Le cinquième jour, on trouve la malade dans un état de prostration complète. Le facies est grippé et la respiration difficile. L'opérée vomit tout ce qu'elle prend. Le ventre est ballonné, mais souple, bien qu'il n'y ait eu ni gaz, ni selle par l'anus. On songe à remédier au ballonnement en intro-

duisant une sonde œsophagienne dans le rectum et en donnant de grands lavements glycérinés. Mais aucune amélioration ne se produit et les signes d'occlusion deviennent manifestes. A l'inspection du ventre, on reconnaît les anses intestinales dilatées qui font saillie sous la paroi et se contractent alternativement. L'occlusion intestinale est évidente et on décide une nouvelle laparotomie pour le lendemain.

Mais, le 6e jour au matin, la malade asphyxie pendant un vomissement et meurt sur le champ.

A l'*autopsie*, on constate :

1° La présence de matières vomies dans la trachée et la grosse bronche droite ; le poumon droit présente une teinte verdâtre, comme s'il était injecté d'une matière colorante verte.

2° A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne constate aucune trace de péritonite. L'estomac est fortement refoulé et descendu dans l'abdomen ; l'intestin grêle et le colon transverse sont énormément distendus ; le colon descendant est complètement vide, aplati contre la paroi abdominale postérieure et le psoas-iliaque ; deux anses grêles sont dilatées et refoulées dans l'angle colique gauche où elles adhèrent faiblement par quelques dépôts plastiques récents.

OBSERVATION XXXIII

(Communiquée par M. le Professeur Gross à la *Société de Médecine de Nancy*)

Femme de 35 ans, mariée, sans enfants.

Elle a toujours été bien portante et toujours bien réglée jusque il y a environ deux ans. Depuis cette époque, les règles ont diminué et sont devenues irrégulières. Depuis un an, le ventre a augmenté de volume.

On trouve les symptômes classiques d'un kyste de l'ovaire.

L'état général est satisfaisant.

On pratique l'ovariotomie qui ne présente pas d'incidents. Le kyste est volumineux et a contracté quelques adhérences avec l'épiploon. Le pédicule est à gauche. Il est large et nécessite trois ligatures enchaînées.

La réaction péritonéale est marquée. La température monte à 38°5, le pouls est à 100. La malade a des nausées et des vomissements glaireux. Le ventre est dur, légèrement endolori.

Le 3e jour, on administre un purgatif qui reste sans effet. Les vomissements et les manifestations péritonéales continuent.

Le 4e jour, la malade a un hoquet continu. On administre un nouveau purgatif qui n'est suivi d'aucun effet. Un lavement ne donne pas davantage de gaz ni de selle. Le mouvement fébrile s'accentue.

Le 5e jour, l'état est le même. L'opérée ne supporte aucune alimentation. Le hoquet semble un peu moins fréquent. Les lavements restent toujours sans effet.

Le 6e jour, l'état général s'aggrave. Le pouls est petit et fréquent. Les vomissements deviennent continus. L'affaiblissement de la malade est rapide. Elle entre dans un subdélire et meurt dans la nuit.

A l'*autopsie*, on trouve des traces de péritonite. En outre, l'intestin est très dilaté et rempli d'une quantité énorme de liquide. L'intestin grêle est météorisé à l'extrême ; il recouvre le colon transverse dilaté également, descendu très bas, au-dessous de l'ombilic, et rejoignant à angle tres aigu le colon descendant qui est resté vide et aplati.

OBSERVATION XXXIV

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Février à la *Société de Médecine de Nancy)*

J'ai observé le mois dernier un cas d'occlusion intestinale post-opératoire survenue dans les circonstances suivantes, huit jours après l'établissement d'un anus iliaque.

Il s'agissait d'un jeune cavalier de 22 ans, évacué le 30 janvier de l'hôpital de Neufchâteau dans mon service, au onzième jour d'une occlusion intestinale à marche suraiguë, avec un ballonnement de l'abdomen véritablement énorme.

Depuis le 19 janvier, il n'avait émis ni gaz, ni matières par l'anus. Des purgatifs, des lavements d'eau de Seltz étaient restés sans effet. Il avait des vomissements verdâtres conte-

nant en suspension des flocons bruns noirâtres d'odeur repoussante.

Il était difficile d'établir la cause de cette occlusion, le toucher rectal était négatif et la palpation impossible ; on ne relevait aucun signe de tuberculose péritonéale antérieure. Mais le malade, de constitution moyenne, avait toujours souffert de constipation depuis son enfance.

Fallait-il faire la laparotomie, fallait-il établir un anus contre nature ? Je n'hésitai pas à recourir à cette dernière intervention en raison du ballonnement colossal de l'abdomen. Avec la laparotomie, j'aurais eu une sortie en masse de l'intestin que je n'aurais pu rentrer qu'au prix de manipulations très offensives, de pressions dangereuses. Et mon malade, qui était déjà très épuisé, dans un état voisin du collapsus, avec un pouls très misérable, aurait infailliblement succombé.

Je pris le parti d'établir l'anus à gauche, sur le colon pelvien. Les renseignements que j'avais pu recueillir m'avaient appris que le ballonnement s'était d'abord montré dans les flancs, et que vraisemblablement l'obstacle était sur le colon descendant. A peine l'abdomen était-il ouvert qu'une anse d'intestin grêle rouge, distendue, grosse comme le poing et présentant par places des ecchymoses, fit hernie à travers la plaie. Je la rentrai doucement pour chercher l'S iliaque ; mais je le trouvai, avec beaucoup de peine, vide et aplati dans la fosse iliaque. Force me fut donc d'établir l'anus sur l'intestin grêle, et pendant que je cherchais à attirer au dehors une anse d'iléon, aussi bas placée que possible, les anses voisines se précipitaient en masse par l'ouverture de chaque côté de mes doigts, bien que l'orifice péritonéal fût de dimensions normales. Je n'avais qu'un aide, et il eut beaucoup de peine à réintégrer et à maintenir dans l'abdomen les anses distendues au maximum. J'insiste sur les malaxations forcées que dut subir l'intestin, car elles me paraissent n'avoir pas été sans une certaine influence sur les accidents observés ultérieurement.

Au moment où je passais une petite aiguille armée d'une soie fine dans la couche musculeuse de l'intestin, pour la

fixer à l'une des commissures de la plaie, et où je me préparais à serrer le fil, la tunique séreuse se déchira, la muqueuse et la musculeuse firent hernie sous l'effort des gaz.

Je passai le second fil, mais, à cet instant, le bouchon muqueux se rompit, laissa échapper des gaz, puis bientôt l'orifice s'agrandit et des matières inondèrent le champ opératoire. Celui-ci fut immédiatement garanti avec des compresses, mais quelques anses faisant aussitôt hernie entre les doigts de l'aide furent partiellement souillées. Bien lavées sous un courant d'eau distillée tiède, elles furent ensuite rentrées dans l'abdomen, pendant que j'achevai rapidement la fixation de l'anse.

Je jugeai toutefois prudent de mettre dans le ventre, à la partie inférieure de l'anus iliaque, une mèche de gaze iodoformée que je laissai en contact avec les anses suspectes.

Si l'opération avait été laborieuse, les suites en furent très simples. Une quantité énorme de matières fécales s'échappa sans discontinuer pendant quarante-huit heures, inondant le lit du malade, malgré les soins constants de propreté dont il était l'objet. La température varia entre 36°8 le matin et 37°9 le soir. Les souffrances du malade disparurent, et le ballonnement diminua rapidement. Le troisième jour après l'opération, le malade, qui n'avait pris que du bouillon et du vin de champagne, reçut une alimentation plus substantielle : Potage au lait, volaille, œuf à la coque, biscuit.

La mèche de gaze iodoformée fut en partie retirée et racourcie le quatrième jour, le cinquième jour le malade émet pour la première fois des gaz par l'anus naturel. A ce moment, l'état général devenait bien meilleur ; la température retombait à la normale, et tout faisait présager une guérison rapide, quand, le septième jour de l'opération (7 février), après avoir mangé un peu de viande pulpée, notre opéré fut repris de vomissements. Les matières sortaient encore par l'anus iliaque, mais beaucoup plus consistantes. Les vomissements continuèrent dans la journée, bruns verdâtres. La mèche de gaze fut alors retirée complètement ; mais son ablation n'amena aucun changement dans la situation du malade.

Vers le soir, le ventre se ballonna, les anses intestinales se dessinèrent sous la paroi, avec des mouvements péristaltiques. L'anus iliaque devint absolument sec, et il y eut absence complète de gaz, alors que les jours précédents ils sortaient facilement et abondamment. Un lavement d'eau tiède donné avec une longue sonde en gomme poussée dans le bout supérieur resta sans résultat ; l'eau ressortait claire. Du reste la sonde était arrêtée à très peu de distance de l'orifice et l'index introduit dans le bout supérieur permit de sentir, à 10 centimètres de l'entrée, une coudure brusque contre laquelle butait la sonde en gomme.

La nuit fut mauvaise et agitée ; les vomissements et les hoquets tourmentèrent beaucoup le malade. Le matin, le ballonnement avait augmenté. Les vomissements étaient formés d'un liquide brun verdâtre avec de petits flocons noirâtres. Le ventre cependant n'était pas douloureux.

Si difficile que soit le diagnostic entre une péritonite et une occlusion, mon impression fut cependant que j'étais là en présence d'une occlusion post-opératoire. Je m'appuyai surtout sur la suppression totale des gaz, le ballonnement et l'indolence du ventre, l'absence de fièvre. En même temps la coudure brusque que j'avais perçue avec l'index, enfoncé aussi haut que possible dans l'anus iliaque, me permettait de supposer avec quelque raison que l'obstacle siégeait au voisinage du foyer opératoire.

Je ne voulus pas m'attarder aux purgatifs. Le seule mode d'intervention qui me restât était la laparotomie, et je ne pouvais pas attendre que le ballonnement, en redevenant énorme, l'eût rendue extrêmement dangereuse. D'ailleurs, mon malade, qui se remettait à peine de sa première attaque d'occlusion, était, sous l'influence de la seconde, revenu rapidement à un état alarmant. Le pouls était misérable, le facies grippé. Je pratiquai la laparotomie le jour même avec l'aide de mon ami M. le professeur Weiss. L'anus artificiel étant soigneusement recouvert de coton collodionné, j'incise la paroi sur la ligne médiane et me portant aussitôt vers la région iliaque, je sens et je peux déchirer des adhérences et des brides péritonéales de formation récente, établies

au voisinage de l'anse suturée. Le doigt de l'aide introduit dans l'anus artificiel permet de déterminer exactement la situation des adhérences qui se rompent sans trop saigner. M. Weiss peut même, par le doigt introduit dans l'intestin, amener la rupture d'une de ces brides. A peine sont-elles déchirées que des gaz s'échappent par l'orifice iliaque. J'explore rapidememt l'abdomen pour essayer de trouver la cause de l'occlusion primitive, mais je ne découvre rien. Le ventre est refermé aussitôt, l'opération n'a pas duré 25 minutes. Je prescris de la belladone (6 centigrammes en 24 heures).

Le malade n'eut pas de fièvre, et, dans la nuit, les matières sortent de nouveau en abondance. Cette fois la circulation intestinale se maintient définitivement. Le 18 février, les fils de l'incision médiane sont coupés, la réunion est parfaite. La constipation se montre par fois, mais elle est aussitôt combattue par des laxatifs. Le 25 février, l'opéré a une première selle moulée par l'anus naturel et d'autres se sont produites depuis. Actuellement, il commence à se lever ; mais je suis toujours obligé de combattre la constipation par de l'huile de ricin à très petites doses, des lavements et une alimentation appropriée.

Anatomie pathologique

D'après la multiplicité des causes d'occlusion intestinale post-opératoire que nous avons passées en revue, il est aisé de prévoir combien doivent différer dans leur nature et leur degré les lésions que l'on trouve soit à l'autopsie, soit au cours d'une seconde intervention.

Ces altérations organiques complexes relèvent de deux éléments distincts en apparence, mais en réalité associés, l'influence directe de l'obstacle matériel, d'autre part le rôle des agents infectieux.

LÉSIONS ORGANIQUES

Les lésions organiques appartiennent à deux ordres de faits : les unes sont antérieures à l'occlusion et relèvent soit de l'opération primitive, soit d'une péritonite préexistante : ce sont principalement les brides cicatricielles et les adhérences péritonéales ; les autres n'appartiennent pas en propre à l'occlusion post-opératoire et se retrouvent également dans l'occlusion primitive. Nous allons les étudier séparément.

I

Lésions préexistantes à l'occlusion

A la suite d'une opération, la séreuse peut être le siège d'une inflammation due soit au voisinage d'une surface cruentée, soit à une irritation mécanique ou chimique. Le premier stade de cette inflammation se traduit par la formation d'un exsudat qui tapisse la surface enflammée ; la séreuse est plus rouge ; sa surface, au lieu d'être lisse et luisante est dépolie. On voit apparaître une substance molle, peu élastique, qui forme une membrane peu adhérente. Si un exsudat liquide, contenant une substance fibrinogène, se coagule au-dessus, une nouvelle couche se forme qui augmente l'épaisseur de la membrane. Celle-ci, selon les conditions où elle se trouve, peut prendre l'aspect de lames fibrillaires ou de filaments formant une trame spongieuse au milieu de laquelle prennent naissance des vaisseaux entourés d'une couche de tissu conjonctif jeune. Plus tard, lorsque les vaisseaux ont augmenté de calibre, la fibrine se résorbe et le tissu embryonnaire devient adulte. C'est pourquoi les adhérences, d'abord molles et vasculaires, sont constituées plus tard par du tissu conjonctif parfait. On s'explique donc la formation de ces faux ligaments plus ou moins épais qu'on trouve, à la réouverture du ventre, étendus entre les deux feuillets de la séreuse.

Les adhérences peuvent affecter les formes les plus diverses ; leurs variétés dépendent d'une foule de conditions que nous avons étudiées avec la pathogénie des occlusions. Nous n'y reviendrons pas.

Les adhérences peuvent être localisées ou généralisées. Localisées, elles s'étendent le plus souvent entre deux surfaces cruentées ou des organes enflammés ; généralisées, elles se retrouvent dans la plus grande partie de l'abdomen et sont plutôt le fait de la péritonite. Il faudrait en effet des manipulations bien prolongées et bien violentes pour déterminer de tels effets.

Les idées qui ont été émises pour savoir sous quelles influences se développent ces néo-membranes sont nombreuses. L'irritation, l'inflammation en général, le traumatisme sur la séreuse, le contact de l'air au moment des opérations abdominales ont été invoqués. La question, reprise dans des travaux de laboratoire, a été très controversée. Muller (1), pensant à l'infection, préconise l'emploi de solutions antiseptiques. O'Balinsky (2), au contraire, proscrit les liquides et émet l'idée qu'en asséchant le péritoine, on obtient des résultats meilleurs au point de vue de la non-formation d'adhérences.

Walthard (3) montre par une série d'expériences les méfaits de l'asepsie sèche et conseille de protéger la séreuse contre le dessèchement par

(1) Müller. *Deutsche Zeit. f. Chirurgie,* 1887.

(2) O'Balinsky. *Berlin. Klin. Woch* , 1889, n° 12, p. 251.

(3) Walthard. *Corr. sp. bl. f. Schweizer aertze*, août 1893, p. 513.

l'air et l'infection par les liquides, au moyen de compresses humides stérilisées.

Enfin plusieurs auteurs incriminent avec raison les surfaces cruentées, les manipulations de l'intestin, la torsion des pédicules et diverses actions chimiques causées par des poudres ou des liquides.

Maintenant la question, sans être élucidée, semble mieux limitée. Il est évident que le facteur le plus important dans la production de ces néomembranes est l'infection. Les expériences toutes récentes de H. Claude (1) le prouvent et cet auteur montre bien que les foyers inflammatoires microbiens développent des néomembranes périviscérales qui, après les opérations peuvent entrainer des adhérences et des vices de position.

II

Lésions consécutives à l'occlusion

Dans les obstructions dynamiques, les lésions matérielles sont généralement si peu accentuées qu'elles ne comptent pas dans le pronostic de la maladie. Si le traitement médical rétablit le cours des matières, on peut dire que la guérison est complète sans reliquat dangereux.

Au contraire, dans l'occlusion mécanique, surtout lorsqu'elle est causée par la compression ou la stricture d'une anse, l'état de l'intestin et du péritoine devient un point capital, d'où dépendent

(1) H. Claude. *Société de Biologie,* 11 juin 1898.

le plus souvent les résultats bons ou mauvais de l'intervention.

Nous examinerons successivement les lésions de l'intestin, du péritoine et des autres organes.

1° **Lésions de l'intestin.** — Les altérations des parois intestinales se présentent à des degrés très différents selon le mécanisme de l'occlusion, son siège, l'intensité et la durée de son action.

Il faut les rechercher au niveau de l'obstacle, au-dessus et au-dessous de lui.

a) *Lésions au niveau de l'obstacle.* — Au niveau de l'obstacle se trouvent les altérations les plus précoces et les plus graves. Elles consistent essentiellement dans des troubles circulatoires qui débutent par la congestion pour arriver très vite au sphacèle.

La fragilité de l'intestin se manifeste surtout dans l'étranglement interne proprement dit. Engagé dans un orifice, coudé par une adhérence, serré par une bride ou tordu sur lui-même, l'intestin peut, dès le lendemain, être lésé définitivement. C'est d'abord un cercle grisâtre produit par la stricture ; bientôt, en plusieurs points, les tuniques se perforent et, si l'étranglement est étroit, il finit par déterminer une section complète.

Les corps étrangers volumineux ne tardent pas à ulcérer la muqueuse intestinale, puis la musculeuse. Des plaques de sphacèle se forment et une rupture peut se produire, par où les matières fécales inonderont le péritoine si des adhérences préalables n'ont pas organisé une barrière de défense. Les boutons anastomotiques, la copros-

tase, qu'elle soit due à un rétrécissement ou à la paralysie intestinale peuvent produire ces lésions.

Gangrène et perforation, tel est, en résumé, l'aboutissant des lésions de l'intestin au siège même des obstacles mécaniques dans les formes aiguës à l'occlusion. De là découle un enseignement de la plus haute importance pratique : c'est la nécessité d'un traitement actif et précoce que nous discuterons plus loin.

b) *Lésions au-dessus de l'obstacle.*—Les troubles de nutrition et les phénomènes inflammatoires se retrouvent ici à un degré d'autant moins accentué que l'on s'éloigne davantage du foyer principal : l'intestin, violacé à ce niveau, passe au rouge sombre et, plus haut, offre des teintes de moindre congestion.

Mais, ce qui domine ici, c'est la dilatation de l'intestin par les matières accumulées et par les gaz ; de là résulte un gonflement considérable et une gêne extrême dans la recherche de l'obstacle au cours de la laparotomie. Lorsque l'arrêt des matières et des gaz est complet, l'intestin dilaté peut atteindre des dimensions extraordinaires que les auteurs ont comparé à un chapeau haut de forme, à un estomac dilaté, etc. Une distension pareille ne va pas sans altérer la structure des parois amincies ; on y observe des craquelures, des éraillures de la séreuse et parfois même des fentes comprenant la totalité des tuniques.

c) *Lésions au-dessus de l'obstacle.*—Le contraste est frappant entre l'état de l'intestin à cet endroit et celui des parties supérieures.

Au-dessous des anses dilatées et congestionnées, on en trouve d'autres vides, affaissées et de teinte pâle, réduites quelquefois à l'état de cordon. Cette différence tranchée devient pour l'opérateur le meilleur guide, parfois le seul, dans la recherche du point obstrué.

2° **Lésion du péritoine.** — Les altérations des tuniques intestinales commençant par la muqueuse, intéressent rapidement la séreuse ; de son côté le mésentère, dont les rapports avec l'intestin sont si intimes, doit forcément se ressentir de son état pathologique, enfin la grande cavité péritonéale peut elle-même être envahie.

a) La vive congestion qui se fait au niveau de l'obstacle et au-dessus de lui provoque à la surface des anses dilatées l'apparition d'exsudats inflammatoires qui leur donnent cet aspect poisseux mentionné par les anciens auteurs. Ces exsudats forment des dépôts pseudo-membraneux, qui agglutinent les anses entre elles ; ils peuvent s'organiser et créer des adhérences qui sont ici plutôt favorables : en cas de sphacèle et de perforation de l'intestin, elles limitent le foyer et préservent quelquefois le péritoine d'un épanchement stercoral.

b) Le mésentère se congestionne en même temps que l'intestin ; les feuillets s'enflamment, s'épaississent, se rétractent, de sorte que, dans certaines variétés d'étranglement par coudure ou volvulus, leurs replis immobilisés s'opposent à la réduction ou provoquent la récidive.

c) L'inflammation diffuse du péritoine au cours de l'occlusion post-opératoire reconnaît une double pathogénie : elle peut succéder à la perforation de l'intestin ou se faire sans perforation.

La péritonite par perforation peut être écartée ou tout au moins localisée par la formation préalable d'adhérences. Dans le cas contraire, elle évolue si rapidement que son empreinte matérielle sur la séreuse est insignifiante : à l'ouverture du ventre, cette séreuse est vaguement injectée ; mais on constate un épanchement plus ou moins considérable de matières fécales presque toujours liquides qui baignent les anses affaissées.

La péritonite sans perforation est due à la propagation des lésions observées à la surface de l'intestin : elle se manifeste sous deux aspects différents : une forme suraiguë, septique, se terminant rapidement par la mort sans lésions considérables ; une forme également très grave, mais moins précipitée, dans laquelle on observe une injection intense de la séreuse, un épanchement séro-sanguin ou séro-purulent abondant. Cette dernière forme permet quelquefois l'organisation de fausses membranes qui localisent les lésions et, de toutes manières, laisse quelques chances de succès à l'intervention secondaire.

3° **Lésions des autres organes.** — Dans les autopsies complètes des sujets qui, après une opération, ont succombé aux accidents de l'occlusion intestinale, il n'est pas rare de découvrir, en dehors des voies digestives et du péritoine, des

altérations de plusieurs organes, en particulier des poumons, de la rate et des reins.

Ce sont en général des congestions récentes, mais parfois on y trouve des foyers d'embolie, des infarctus avec dégénérescence plus ou moins complète, des lobes entiers atteints de pneumonie massive.

Ces découvertes nécropsiques correspondent à ce qu'on a décrit des complications de l'étranglement herniaire et de l'occlusion intestinale primitive. Verneuil a spécialement appele l'attention sur la fréquence des troubles pulmonaires dans ces circonstances. Enfin, on a signalé des accidents de cette nature à la suite d'interventions qui avaient pourtant été bien conduites.

La pathogénie de ces lésions viscérales indépendantes du foyer morbide initial, a été diversement interprêtée selon les doctrines régnantes. Verneuil et ses élèves (1) y ont vu l'action réflexe exercée par l'étranglement de l'intestin sur le grand sympathique, la moelle et le pneumogastrique. Certains ont expliqué les troubles pulmonaires par le passage de matières fécaloïdes dans les voies respiratoires au cours des vomissements.

Mais on a dû invoquer des théories plus générales et, en face d'un tableau clinique révélant une intoxication totale de l'organisme, on a cherché dans la rétention des matières intestinales, d'abord en nature, puis dans certains poisons chimiques, sels de potasse et d'ammoniaque,

(1) Ledoux. Thèse de Paris, 1873.

élaborés par l'intestin, la cause de cet empoisonnement.

Depuis quelques années, les théories pastoriennes ont apporté une clarté nouvelle dans ce sujet comme dans bien d'autres : c'est aux microbes, ainsi que nous allons le voir, qu'il faut surtout attribuer le mal.

ROLE DES AGENTS INFECTIEUX

Le caractère essentiel de l'occlusion intestinale, qu'elle soit primitive ou qu'elle survienne après une opération, réside dans la nature infectieuse de ses complications.

En dehors des phénomènes locaux dus à l'étranglement mécanique et aux troubles circulatoires qui l'accompagnent, on se trouve en effet en présence d'accidents graves qui sont dus aux agents infectieux de l'intestin.

Le tube digestif, on le sait, est le paradis des microbes ; il y foisonnent, mais il en est un qui y prédomine nettement, c'est le coli-bacille, qui, inoffensif à l'état normal, devient virulent sous l'influence de la rétention consécutive, à l'occlusion intestinale et émigre vers le péritoine à travers les éraillures de la tunique interne, ou même à la faveur de la simple congestion.

Les recherches récentes montrent bien le rôle des microbes dans la marche rapide des altérations organiques locales et surtout éloignées. Ce sont eux qui, transportés par les vaisseaux, produisent les lésions du mésentère ; eux qui, en

l'absence de toute perforation, inoculent le péritoine ; eux enfin, qui déterminent par leur présence ou par leurs produits toxiques les phénomènes généraux de haute gravité bien connus depuis les travaux de Verchère (1), sous le nom de septicémie intestino-péritonéale.

Ainsi l'organisme tout entier est envahi et l'on comprend dès lors que les microbes étant passés dans le torrent circulatoire, inoculent les reins, les poumons, le système nerveux et qu'on puisse voir survenir, même après la levée de l'obstacle et le rétablissement du cours des matières, des pneumonies, des éruptions infectieuses, etc.

(1) *Revue de chirurgie*, 1888.

Symptômes

Les symptômes de l'occlusion intestinale post-opératoire sont, pour la plupart, les mêmes que ceux de l'occlusion intestinale primitive. Dans l'un comme dans l'autre cas, malgré les distinctions établies entre les nombreuses variétés d'occlusions, la maladie se manifeste par des phénomènes presque toujours semblables, dans lesquels une analyse minutieuse peut seule découvrir des signes distinctifs.

Toutefois, dans les cas d'occlusion post-opératoire, le début est généralement plus brusque et cette affection survenant chez un malade affaibli par une opération antérieure, revêt de suite un caractère de gravité extrême qui s'accentue rapidement.

La date la plus habituelle de l'apparition des premiers symptômes est du troisième au sixième jour.

Cependant on peut les voir survenir jusque la guérison opératoire et on les a observés plusieurs mois et même plusieurs années après l'opération primitive.

Suivant l'ordre naturel des phénomènes morbides et leur mode d'apparition, nous examinerons successivement :

1° Les symptômes abdominaux dépendant directement de l'occlusion ;
2° Les symptômes généraux ou éloignés ;
3° Les symptômes des complications.

I

Symptômes abdominaux

Signes directs de l'occlusion intestinale

Les uns sont subjectifs, ce sont :

1° La douleur ;
2° L'arrêt des matières et des gaz ;
3° Les vomissements ;
4° Le météorisme ;
5° Les contractions intestinales.

Les autres sont objectifs :

6° La présence d'une tumeur sensible dans le ventre ;
7° L'épanchement intra-abdominal.

La *douleur* donne presque toujours le signal. Elle peut être soudaine, violente et bien localisée quand l'occlusion mécanique aiguë se constitue brusquement de toutes pièces ; plus lente, plus sourde et moins précise quand l'obstacle s'est organisé peu à peu ; enfin, comme dans les observations de Coë, « elle peut briller par son absence ».

Si le météorisme n'est pas trop considérable et que l'on puisse obtenir du malade un moment de tranquilité, la recherche du siège exact de la douleur est possible et offre un intérêt de la plus haute importance.

Il faut distinguer d'ailleurs les douleurs spontanées des douleurs provoquées. Pour le patient, le mal est partout dans le ventre et, s'il est plus fort en quelque endroit, c'est généralement soit à l'épigastre, ce qui s'explique par la distension progressive de l'estomac et du colon transverse ou par le tiraillement de l'épiploon, soit vers l'ombilic qui correspond, d'après Trêves, au centre du plexus solaire. Une autre localisation, intéressante aussi, est au niveau de l'angle colique sous-costal gauche dans les cas d'occlusion par coudure exagérée de cet angle. Dans ce cas la douleur est ordinairement très vive et s'irradie au loin.

En explorant avec douceur chaque région à part, on peut arriver à déterminer plus ou moins nettement un point douloureux maximum qui correspond souvent assez bien au véritable siège de l'occlusion. Cette découverte, aidée d'un interrogatoire sévère, permet bientôt d'éliminer toutes les affections spasmodiques indépendantes de l'intestin, les coliques hépatiques, néphrétiques, testiculaires, utérines dont le point de départ est tout différent et qui, la plupart du temps, se sont déjà produites avant l'opération.

Au bout de peu de temps, la netteté de ces signes disparaît, car de nouvelles causes de souffrances surviennent et se confondent avec les premières.

La généralisation rapide des douleurs est la règle dans la péritonite et dans l'étranglement interne. Mais la persistance du même point fixe douloureux est à peu près pathognomonique de l'occlusion vraie.

La *suppression complète des selles et des gaz* est le signe pathognomonique de l'occlusion intestinale et quand, deux ou trois jours après une opération, les malades n'ont point encore expulsé de gaz, quand l'administration d'un purgatif reste sans effet, on a toutes raisons de craindre une occlusion intestinale.

Cependant, l'absence d'évacuations de gaz et de matières ne commence à devenir réellement alarmante qu'à partir du troisième jour qui suit l'opération. Car l'intervention chirurgicale donne lieu à des phénomènes inhibitoires exerçant leur action sur les fibres lisses de l'intestin, phénomènes qui sont la règle pendant le premier et le deuxième jour. Passé ce temps et surtout après le premier purgatif, l'absence de gaz et de matières indique soit que la capacité fonctionnelle de l'intestin est abolie par des troubles réflexes simples (paralysie) ou inflammatoires (péritonite), soit qu'un obstacle mécanique en interrompt le calibre.

Mais ce signe n'acquiert toute sa valeur qu'au bout d'un certain temps, lorsque les matières qui se trouvent au-dessous de l'obstacle ont été complètement expulsées.

L'évacuation du bout inférieur se fait spontanément sous l'influence des mouvements réflexes partant du point obstrué ; de telle sorte qu'elle

devient un bon élément de diagnostic de l'occlusion mécanique. Dans la coprostase, qui survient fréquemment chez les femmes après une opération, il peut y avoir issue des gaz et même une fausse diarrhée glaireuse, mais pas de véritables matières. Quant à l'occlusion due au spasme, elle n'est pas, en général, de longue durée et les gaz ne tardent pas à reparaître sous l'influence du traitement médical.

Enfin, dans quelques cas, l'arrêt des matières et des gaz s'établit lentement ; il peut présenter des intermittences passagères, céder momentanément aux moyens employés contre lui, pour reparaître ensuite.

Les *vomissements* sont constants dans toutes les variétés d'occlusion, car ils relèvent toujours de la même cause : la contraction antipéristaltique réflexe de l'estomac et de l'intestin.

Ils marquent souvent le début de l'occlusion et peuvent ne survenir que quand le malade prend quelque chose. Toujours très pénibles, ils apportent d'abord un peu de soulagement aux malades ; mais bientôt leur renouvellement les met dans un état de malaise considérable. Quand ils se sont répétés pendant plusieurs jours, il semble qu'ils se fassent avec plus de facilité. La vérité est que, le malade étant alors très affaibli, les efforts sont moins violents et il n'y a plus que de simples régurgitations.

Quelquefois les vomissements sont si précoces qu'ils peuvent se confondre avec ceux habituels après l'anesthésie. S'ils persistent ou réapparaissent après deux, trois ou quatre jours, ils deviennent d'un pronostic fâcheux.

Tout d'abord l'estomac expulse les aliments qui s'y trouvaient ou que l'on y introduit ; ensuite ce ne sont plus que des glaires, de la bile et des sucs digestifs ; enfin le contenu de l'intestin reflue lui-même vers les voies supérieures, ce sont les vomissements bilieux, puis fécaloïdes.

Telles sont les phases ordinaires par les quelles passent ce symptôme important ; mais en outre, certains de ses caractères et leur précocité variable peuvent nous fournir des renseignements utiles sur la nature de l'occlusion et l'on peut admettre comme bien établies les données suivantes : Les vomissements sont plus hâtifs et plus répétés dans l'étranglement interne que dans les autres genres d'occlusion. Les efforts antipéristaltiques sont d'autant plus violents que l'obstacle siège plus près de l'estomac.

Les vomissements fécaloïdes sont un signe positif de l'occlusion vraie, mais leur absence n'est pas un signe négatif suffisant pour imposer le diagnostic d'occlusion fausse et son traitement médical. Il ne faut donc pas attendre leur venue pour recourir au traitement chirurgical, d'abord parce qu'ils peuvent ne se montrer qu'au bout de quelques jours, puis parce qu'ils peuvent même ne pas se montrer du tout quand l'obstacle mécanique siège très haut, près de l'estomac.

Les éructations et le hoquet, qu'on rencontre dans un certain nombre d'observations, sont des réflexes d'origine péritonéale indiquant une atteinte ou tout au moins une réaction de la séreuse. Le hoquet fréquent, douloureux, incoercible doit faire penser à la péritonite généralisée,

soit primitive, soit survenant comme complication de l'occlusion.

Le *météorisme* est produit par les gaz qui prennent naissance dans l'intestin. C'est un symptôme dont la constation ne peut servir au diagnostic que si elle est faite de bonne heure ; pour peu que l'on attende, il n'offre plus rien de caractéristique. En effet, si au début on peut reconnaître, par le point où commence le tympanisme et par la forme qu'il prend l'endroit où siège l'obstacle, le moment arrive vite où la distension du ventre est complète et ne permet plus de rien distinguer.

A ces deux caractères, il faut ajouter le fameux signe de Wahl (1), qui s'exprime en ces termes dans sa conclusion : « Récapitulant ce qui précède, j'établis la proposition que, dans certaines formes d'occlusion intestinale par étranglement ou volvulus, une portion déterminée de l'intestin prend dans l'abdomen une fixation et une distension anormales qui se trahissent à la vue par l'asymétrie de la forme du ventre et à la palpation soigneuse par une augmentation évidente de résistance.

Ce signe est de grande valeur ; il est seulement trop fugitif et bientôt altéré par le tympanisme général ; néanmoins, il a été constaté par divers chirurgiens qui se sont félicités d'avoir réglé sur lui leur seconde intervention.

Les *contractions intestinales* sont dues à l'exagération des mouvements péristaltiques normaux

(1) Von Wahl, *Centralbl für Chirurgie*, 1889.

sous l'influence d'un état pathologique de l'intestin. Quand ces contractions existent, elles sont perceptibles non seulement pour le malade qui en indique la progression douloureuse depuis le duodénum jusqu'à l'obstacle, mais encore pour le médecin qui peut les apprécier à la palpation. Parfois même, quand le météorisme et les contractions coïncident sur les mêmes anses, les mouvements se dessinent sous les parois abdominales et on peut les suivre à la simple vue.

De la présence, de l'absence et de la direction des contractions intestinales, on a cherché à tirer des renseignements sur le siège et la nature de l'occlusion. On a vu, dans certains cas où l'obstacle siégeait dans la région iléo-caecale, le cadre colique rester affaissé tandis que l'intestin grêle se pelotonnait en boule et faisait saillie autour de l'ombilic. On a également pu diagnostiquer le niveau de l'occlusion en suivant les reptations intestinales jusqu'à leur point d'arrêt. D'un autre côté, les contractions visibles ou perceptibles à la palpation se produisent dans les formes chroniques et subaiguës et font habituellement défaut dans les formes aiguës, lorsque le mécanisme en jeu est celui de l'étranglement.

La *présence d'une tumeur* perceptible dans le ventre est rarement constatée au cours des occlusions intestinales post-opératoires. Elle est alors le fait de la coprostase. Dans ces cas, on trouve un boudin stercoral remontant du rectum à travers le petit bassin jusque dans la fosse iliaque. C'est une tumeur volumineuse et cylindrique assez dure, mais dépressible et gardant l'empreinte du

doigt. Le toucher rectal est le plus simple et le meilleur moyen pour reconnaître l'obstruction par coprostase. Il faut pratiquer ce mode d'exploration dès le début des accidents, car il peut lever tous les doutes et éviter bien des méprises.

L'*épanchement intra-péritonéal*, reconnu soit à l'autopsie, soit au cours d'une opération secondaire, est signalé dans plusieurs observations anciennes. De nos jours on a essayé de préciser la valeur de ce symptôme en recherchant les circonstances dans lesquelles on le rencontre de préférence.

Nous ne parlons pas ici du liquide produit par la péritonite ou dû à une perforation intestinale. Nous voulons signaler après Gangolphe (1) l'existence, au cours de l'occlusion intestinale primitive ou post-opératoire d'un épanchement séro-sanguin plus ou moins abondant dans le péritoine absolument indemne de toute inflammation. Cet épanchement séro-sanguin, tout à fait comparable à celui que l'on trouve dans le sac des hernies étranglées, est une preuve péremptoire du mécanisme de l'occlusion par étranglement interne qui provoque une gêne intense et rapide dans la circulation veineuse des parois intestinales. Il peut être considéré comme un signe certain d'étranglement qu'il faut donc chercher avec persévérance dans l'intervention secondaire.

(1) Gangolphe. *Congrès français de chirurgie*, Lyon 1894.

II

Symptômes généraux

L'occlusion intestinale primitive, bien que survenant le plus souvent au cours d'une santé souvent bonne, retentit cependant sur l'état général avec une violence et une rapidité extraordinaires. Dans les formes aiguës de la maladie, ces troubles généraux atteignent en quelques heures un tel degré d'intensité qu'ils relèguent les autres en second plan. On peut donc se faire une idée de l'état dans lequel se trouvent les malades, lorsque cet accident survient après une opération sous le choc de laquelle ils se trouvent encore, ou dont ils sont à peine relevés.

Mais les symptômes généraux, malgré la part considérable qu'ils prennent dans l'ensemble du tableau clinique, ne sauraient avoir au point de vue du diagnostic, la valeur des signes locaux. Aussi serons nous bref dans leur description.

Tous les grands appareils de l'économie sont plus ou moins frappés dans l'occlusion intestinale post-opératoire et nous devons enregistrer successivement les troubles des fonctions circulatoires, respiratoires, urinaires et cérébro-spinales. Ces troubles se développent sous l'influence de deux facteurs pathogéniques dont les effets indépendants ou combinés se traduisent à des degrés divers suivant les phases du processus. Ces facteurs sont la réaction nerveuse et l'auto-intoxication.

Les *troubles circulatoires* apparaissent de bonne heure ; les battements du cœur sont affaiblis et précipités, se traduisant au doigt par un *pouls* petit, fréquent, inégal, parfois filiforme et fuyant. Cette dépression cardiaque entraîne le ralentissement de la circulation veineuse et produit le refroidissement de la peau, la cyanose des extrémités, des sueurs profuses, et, dans les viscères, des congestions passives.

La *température* s'abaisse bientôt et les malades meurent dans l'algidité. D'après Bouchard c'est en grande partie à la résorption des substances toxiques contenues dans les matières fécales qu'il faut attribuer cette hypothermie de la seconde période.

En clinique on rencontre souvent des cas d'occlusion post-opératoire où le malade fait de la fièvre. C'est qu'alors une infection limitée ou étendue évolue en même temps que l'étranglement et la gravité du pronostic en est augmentée d'autant.

Les *troubles respiratoires* consistent surtout en une *dyspnée* à peu près constante qui se rattache à des causes multiples : d'abord la pneumatose intestinale refoule de plus en plus le diaphragme et gêne le développement des poumons ; puis les efforts de vomissements et les réflexes nauséeux viennent s'y ajouter ; enfin, la congestion pulmonaire, favorisée par la dépression cardiaque, se déclare plus ou moins vite.

Aussi, trouve-t-on les malheureux essoufflés, anéantis ; leurs mouvements respiratoires sont faibles, courts et précipités ; leur voix éteinte et

cassée ; leur facies, grippé, exprime l'oppression, l'angoisse et le désespoir.

Parfois on voit se développer à la période finale des pneumonies dans l'étiologie desquelles nous avons fait ressortir l'action des agents infectieux.

Les *troubles urinaires* portent sur la quantité de l'urine qui est diminuée et peut aller jusqu'à l'*anurie* complète.

Des altérations rénales congestives ou microbiennes peuvent encore se produire, se manifestant cliniquement par des caractères anormaux, dont le plus fréquent est la présence de l'albumine dans l'urine.

Les *troubles des fonctions cérébrales et médullaires* sont fréquents, précoces et très accusés. Dès le début, les malades perdent toute énergie et, si le choc opératoire primitif a été un peu considérable, leur affaiblissement fait très vite des progrès extraordinaires. On les voit bientôt anéantis, exténués et, à la fin, c'est la prostration, la torpeur, le coma. L'excitation et le délire sont tout à fait exceptionnels ; on ne les observe guère que chez les alcooliques.

A côté de cette dépression physique, on trouve les facultés intellectuelles et les organes des sens intacts jusqu'au bout. L'intelligence est conservée, même dans les cas les plus graves, et les malades se rendent parfaitement compte de leur état.

L'ensemble des symptômes locaux et généraux que nous venons de passer en revue, permet d'apprécier les conséquences terribles de l'occlusion intestinale post-opératoire et la situation affreuse des malheureux patients. Cependant,

tous ces symptômes ne se trouvent pas unis à un même degré d'intensité chez tous les sujets et chacun d'eux réagissant à sa manière offre un type clinique un peu différent.

Malgré ces différences individuelles, les variations apparentes des phénomènes morbides correspondent assez souvent à la nature exacte du mal. Ils sont plus accusés dans l'occlusion vraie que dans l'occlusion dynamique ; enfin leur acuité se manifeste plus encore dans l'étranglement interne proprement dit que dans les autres variétés.

III

Symptômes des complications

Le tableau clinique de l'occlusion intestinale post-opératoire et son pronostic peuvent être singulièrement modifiés par l'avènement des complications dont l'anatomie pathologique nous a déjà démontré la nature et la pathogénie.

Ces complications sont locales ou générales. Nous retiendrons seulement comme plus fréquentes et plus redoutables : la péritonite diffuse, la perforation de l'intestin et la septicémie intestino-péritonéale.

La *péritonite* aiguë et généralisée se traduit par des phénomènes nouveaux qui peuvent masquer ceux de l'occlusion.

La douleur perd son caractère et sa netteté, elle devient diffuse, violente et s'accompagne d'une telle sensibilité de la paroi abdominale que les

malades ne peuvent supporter le plus léger contact, même celui des draps.

L'état général s'aggrave ; mais parmi ses manifestations, il en est une qui se transforme parfois au point de devenir un élément nouveau et pathognomonique : c'est la température. A l'hypothermie succède la fièvre et l'on peut voir le thermomètre monter à 39 et 40 degrés. Le pouls lui-même devient un peu plus fort, mais reste fréquent et irrégulier.

La *perforation intestinale* s'annonce par une accalmie soudaine qui donne au malade l'illusion de la délivrance ; dans l'entourage on croit que l'obstacle est vaincu, le passage libre et l'on s'attend à voir survenir la débacle. Espoir trompeur ! car à ce moment l'anse gangrenée cédant à la poussée intérieure vient de laisser échapper dans le ventre des liquides et des gaz. La péritonite, si elle n'est pas déjà installée avant la rupture, ne tarde pas à apparaître et à réveiller les douleurs.

Du reste, on ne peut s'abuser longtemps, car si le soulagement dure, il est purement subjectif, l'état général empire toujours et la mort survient sans délai.

A l'examen du malade, il existe un signe nouveau ; on observe à la palpation un bruit spécial dû au mélange des liquides et des gaz : c'est le clapotement hydro-aérique accompagné de gargouillements.

La *septicémie* ne devient une complication que dans le cas où elle acquiert un degré extrême de gravité ; dans tous les autres cas, ses symptômes se confondent avec ceux de l'occlusion elle-même.

Elle prend une importance prépondérante dans les faits d'occlusion suraiguë où on voit les malades tomber rapidement dans le collapsus et mourir comme empoisonnés par l'exode en masse des germes et poisons hors de l'intestin. On retrouve encore son action dans les cas d'occlusion aiguë où tous les signes semblent s'amender pendant que le malade, qui ne se plaint pas parce qu'il ne sent plus sa souffrance, tombe dans un sommeil comateux et s'éteint finalement dans le collapsus.

Diagnostic

Dans ce chapitre, nous aurons particulièrement en vue le diagnostic de l'occlusion intestinale post-opératoire *précoce*, celle qui survient avant la guérison opératoire. Les occlusions *tardives*, nous l'avons déjà dit, peuvent rentrer dans le cadre des occlusions ordinaires, primitives et leur diagnostic sera plus facilement établi.

Il n'en est pas de même du diagnostic de l'occlusion *précoce* où les symptômes du début, les vomissements et la constipation n'ont plus la même valeur, parce que l'on sait que ces symptômes sont la règle immédiatement après l'intervention, les vomissements étant dus à l'anesthésie, la constipation aux phénomènes inhibitoires qui résultent du choc opératoire. Toutefois, ce n'est pas là que git la plus grande difficulté, car si les vomissements et la constipation ne sont pas liés à une occlusion intestinale, ils s'amendent très vite et ne résistent pas à l'ingestion de boissons glacées et à l'administration d'un léger purgatif. Bien autrement ardu est le problème de la différenciation entre l'occlusion intestinale précoce et la péritonite traumatique. Le diagnostic sera par-

fois d'autant plus épineux que les deux affections sont souvent associées. Il est même quelquefois impossible, d'après Jalaguier (1) de savoir si on se trouve en présence d'une occlusion produite par la paralysie intestinale suite de péritonite, ou à une occlusion véritable par obstacle matériel.

Pourtant, bien qu'il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique capable de trancher la question, l'ensemble des symptômes permettra souvent à un observateur attentif de distinguer l'une de l'autre les deux affections.

Il est tout d'abord un point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le *début* des symptômes. Dans la péritonite, qui s'annonce habituellement par un ou plusieurs frissons, il est généralement plus violent. Dans l'occlusion, au contraire, il présente souvent un début insidieux : « Les phénomènes d'occlusion grave sont souvent précédés d'un ensemble de symptômes constituant une période intermédiaire, et il est souvent difficile de dire où finissent les phénomènes inhibitoires suivant immédiatement l'opération et où commencent les troubles résultant de l'occlusion (2) ».

Si les premiers jours après l'opération se sont passés sans aucun incident, on concluera plutôt à l'occlusion.

La *douleur*, qui est le plus souvent localisée dans l'occlusion, se généralise beaucoup plus rapidement dans la péritonite ; elle est plus super-

(1) *Traité de Chirurgie*, t. VI, p. 673.

(2) Giresse. Thèse de Paris, 1895.

ficielle, plus exquise et le moindre contact, celui des draps, par exemple, l'exagère, alors que dans l'occlusion elle n'est réveillée que par la palpation profonde.

Les *vomissements* sont moins précoces et moins fréquents dans la péritonite ; ordinairement bilieux, porracés, ils ne deviennent que rarement fécaloïdes.

Le *hoquet* et les *éructations* se rencontrent dans les deux affections mais ils ont, ainsi que l'haleine, une odeur fécaloïde absolument spéciale à l'occlusion.

L'*arrêt des matières et des gaz* est presque toujours absolu et résiste aux moyens médicaux dans l'occlusion. Dans la péritonite, au contraire, il cède généralement aux moyens en usage et n'est jamais aussi complet.

Le *ballonnement*, généralisé d'emblée dans la péritonite et provoquant rapidement la dyspnée mécanique, affecte dans l'occlusion, au moins au début, des localisations inconstantes et éphémères sans doute, mais qui n'en sont pas moins, quand on peut le constater, un signe précieux de diagnostic dont nous avons déjà parlé à propos des symptômes. Le *météorisme local*, associé à l'*exagération des mouvements péristaltiques*, suffit à trancher le diagnostic entre les deux affections, vu que, dans la péritonite, l'intestin est, au contraire, immobilisé.

La *matité* ou la *submatité dans les parties déclives*, les flancs surtout, et la perception du flot lombo-abdominal, traduisant l'existence d'un épanchement liquide, sont de bons signes d'étran-

glement interne, ainsi que nous l'avons indiqué à propos de la symptomatologie.

La *température* est considérée comme un signe de premier ordre : Hyperthermie dans la péritonite, hypothermie dans l'occlusion, telle est la règle. Mais il faut se rappeler que, d'une part, dans les occlusions intestinales simples sans péritonite, la coprostase peut donner lieu à une certaine élévation de température, et que, d'autre part, on peut voir des péritonites évoluer avec unehyperthermie insignifiante, ou même avec hypothermie. Ainsi Verchère décrit (1), sous le nom de septicémie intestino-péritonéale, une infection dans laquelle la température reste normale, ou même légèrement abaissée pendant tout le cours de la maladie, pour remonter seulement au moment de la mort. Cette affection, d'ailleurs, présente tous les autres symptômes de l'occlusion intestinale ; elle n'en diffère que par l'indolence absolue, même à la pression profonde et par l'ascension thermique finale.

L'*accélération précoce du pouls* est, de même de l'hyperthermie précoce, en feveur de la péritonite.

La *dyspnée* est beaucoup plus vive et survient plus rapidement dans cette dernière maladie.

Enfin un dernier signe, indiqué par Rosenbach, Rosen et autres (2) et pouvant servir au diagnostic du siège de l'occlusion est fourni par l'examen de l'urine qui, dans l'occlusion complète de

(1) Verchère. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 559.

(2) Rosenbach et Rosen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887 90.

l'iléon, contient toujours de l'indican, alors qu'elle n'en contient pas quand l'obstacle siège sur une autre partie du tube intestinal.

Maintenant que nous savons reconnaître l'occlusion intestinale de la péritonite post-opératoire, pouvons-nous en reconnaître le siège et la nature.

Beaucoup de chirurgiens prétendent que non et ils sont rares ceux qui avec Kirmisson, espèrent arriver au diagnostic complet. Cependant la recherche du diagnostic est toujours utile, surtout quand elle est précoce et méthodique, et peut donner, à défaut d'une certitude précise, une notion plus ou moins rapprochée de la vérité.

On y arrive par plusieurs procédés dont le premier est l'*interrogatoire* du malade. Si celui-ci est intelligent, il peut donner sur la nature et le siège de la douleur des renseignements précis qui doivent être pris en sérieuse considération. L'*inspection du ventre* fournit quelques renseignements qui peuvent être contrôlés par la *palpation* et la *percussion*.

L'examen local doit être superficiel et profond. *Superficiel*, il permet de soupçonner l'obstacle, de percevoir les contractions intestinales. *Profond*, il peut être aidé par l'anesthésie à l'éther, au chloroforme ou mieux au bromure d'éthyle et donne alors des renseignements plus précis. Il doit être corroboré par l'examen des cavités naturelles. Le *toucher vaginal* chez la femme, le *toucher rectal* dans les deux sexes, doivent être employés et concourent fréquemment à établir le diagnostic. Simon (de Heidelberg) a proposé d'introduire

dans le rectum la main tout entière suivie de l'avant-bras. Ce procédé, outre qu'il est brutal et exige l'anesthésie, n'a pas tous les avantages qu'on a voulu lui donner et peut produire des désordres graves. Il faut donc en user avec la plus grande circonspection, ou mieux encore s'en passer. Le *cathétérisme* de l'intestin a été essayé par en haut et par en bas. Les tentatives d'exploration de l'intestin grêle au moyen de sondes conduites par la bouche et par l'estomac jusqu'au delà du pylore sont tout à fait récentes. Kuhn (de Giessen) a publié, en 1896, les premiers résultats obtenus au moyen de son instrument. Cette méthode pourrait trouver dans l'occlusion intestinale supérieure d'utiles applications. L'introduction d'un long cathéter en gomme par l'anus est beaucoup plus simple et plus rationnelle. C'est un moyen recommandable, car il démontre la perméabilité du gros intestin sur tout le chemin parcouru. L'injection rectale est elle-même un autre genre d'examen profond, soit qu'on se base sur la quantité d'eau injectée, soit qu'on se rende compte par percussion que l'obstacle n'est pas sur le gros intestin.

A tous ces éléments de diagnostic, il convient d'ajouter ceux que pourrait fournir la radiographie si le milieu abdominal était un milieu plus favorable et si l'état des malades permettait de les soumettre à un examen encore très long.

L'existence de l'occlusion intestinale étant reconnue, peut-on faire le diagnostic de sa nature, de sa variété, de son siège et se rendre compte des lésions locales ?

Le *diagnostic de la nature*, qui, *a priori*, parait assez simple, ne l'est réellement que dans le cas de coprostase où souvent il suffit de mettre le doigt pour être fixé. Mais, dans les autres cas, il est plus difficile et l'occlusion spasmodique simule parfois à s'y méprendre l'étranglement interne. Aussi, en présence d'une occlusion, faut-il toujours avoir recours au traitement médical, qui peut devenir une véritable pierre de touche en mettant fin aux accidents.

Le *diagnostic de la variété*, lorsqu'il s'agit d'une occlusion mécanique, n'est pas moins difficile et il est cependant aussi important, car c'est lui qui permet d'appliquer en connaissance de cause les moyens que la chirurgie met à notre disposition. On se basera pour y arriver sur l'acuité des symptômes qui, seuls, diront si l'obstacle est absolu ou non.

Le *diagnostic du siège* est encore plus important à obtenir, surtout celui du siège topographique ; c'est lui qui permet d'aller droit à l'obstacle et de le lever. Il se fait surtout par l'examen local superficiel qui nous renseigne sur le point maximum des douleurs, des contractions et du météorisme. Pour arriver au diagnostic du siège anatomique, il faut considérer en particulier les vomissements et l'arrêt des matières. Ces deux phénomènes reliés à la même cause sont inversement proportionnels : des vomissements très précoces et très pénibles, mais non fécaloïdes coïncident avec une diarrhée temporaire pour l'évacuation d'une bonne longueur d'intestin ; cela prouve que l'obstacle est voisin du pylore.

Plus il s'en éloigne pour se rapprocher du rectum, plus il y a de matières fécaloïdes à régurgiter tandis que le bout inférieur se vide rapidement.

Le *diagnostic des lésions locales* peut très rarement être posé d'une facon certaine. En général, l'étendue et la profondeur des lésions sont en rapport avec l'acuité de la maladie et sa durée. En outre le diagnostic de la variété d'occlusion entraîne avec lui, jusqu'à un certain point, celui de la marche du processus : ainsi, il faut s'attendre à trouver le sphacèle beaucoup plus avancé sur une anse étranglée par une bride que sur une autre qui sera rétrécie ou seulement comprimée.

Lorsqu'on se trouve en possession de ces diverses indications, le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire devient relativement facile ; malheureusement il est bien rare qu'on puisse les avoir toutes. On est alors réduit aux surprises et aux ennuis d'une laparotomie exploratrice.

Marche, Pronostic, Terminaison

Nous avons vu qu'au point de vue symptomatique l'occlusion intestinale post-opératoire se manifeste par des phénomènes presque toujours semblables, dans lesquels une analyse minutieuse peut seule découvrir des signes distinctifs. Par contre, l'intensité de ces mêmes symptômes, la rapidité avec laquelle ils apparaissent et se développent, impriment à la *marche* de l'affection un cachet différent suivant les circonstances.

Au point de vue de l'évolution morbide, l'occlusion intestinale post-opératoire peut revêtir quatre formes : suraiguë, aiguë, subaiguë et chronique.

Dans la *forme suraiguë* les accidents sont très graves dès le début et se précipitent avec une effrayante rapidité. Les malades sont comme sidérés ; en un ou deux jours, parfois même en quelques heures, ils sont emportés avant que l'on ait pu mettre en œuvre un traitement efficace. Certains faits quasi foudroyants, simulant la péritonite ou accompagnés par elle, ne s'expliquent guère que par l'inhibition réflexe ou l'empoisonnement violent et précoce des centres nerveux.

lls sont d'ailleurs rares et ne surviennent que chez des malades dont l'état général était mauvais avant l'intervention et que le choc opératoire a encore considérablement affaiblis.

La *forme aiguë* est au contraire la plus commune. C'est celle qui répond à la plupart des observations publiées. Ici, comme dans la forme précédente, le danger est imminent, la situation est des plus graves. Cependant, tout n'est pas perdu dès les premiers moments ; les malades résistent généralement quelques jours et on a le temps de poser un diagnostic dont la connaissance conduira au choix de l'intervention destinée à enrayer la marche fatale des accidents.

La *forme subaiguë* est déjà moins terrible. Les symptomes sont beaucoup moins intenses et d'une allure moins désordonnée. Pendant dix à quinze jours, les choses évoluent progressivement avec ou sans périodes de rémission. L'obstruction par coprostase, qui survient si souvent chez les femmes après une opération sur l'abdomen, est une cause fréquente de ce genre d'accidents. Néanmoins, d'autres genres d'occlusion peuvent revêtir cette forme trompeuse et donner une fausse sécurité alors qu'un obstacle mécanique, un véritable étranglement se forme et prépare la gangrène de l'intestin.

L'*occlusion chronique* est une forme vague et mal définie. Elle se manifeste généralement, longtemps après l'opération primitive, par des troubles digestifs intermittents, plus ou moins accentués avec des crises d'accidents plus sérieux qui cèdent, en général, à l'emploi des moyens palliatifs, mais

qui peuvent nécessiter, dans certains cas, une intervention chirurgicale secondaire.

Le *pronostic* de l'occlusion intestinale post-opératoire est celui de l'occlusion ordinaire, aggravé de ce fait que le malade est déjà affaibli par une opération antérieure. Il est par conséquent très grave et devient fatal quand on ne porte pas la main sur l'obstacle même qui cause les accidents.

Le pronostic repose sur l'intervention secondaire et sur l'état général. L'intervention secondaire doit-être précoce pour éviter la gangrène et la perforation de l'intestin. On a vu, en effet, trop souvent l'insuccès suivre la réouverture du ventre parce que celle-ci avait été trop tardive. Il repose également en grande partie sur l'état général et varie suivant que celui-ci est encore passable ou qu'il ne l'est pas, que, par suite le malade est opérable ou qu'il ne l'est pas.

La *terminaison* est encore trop souvent la mort du malade. Certainement, des progrès ont été faits dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, on opère plus vite et plus volontiers ; mais il est des cas qui déjouent toutes les prévisions et des exemples nombreux montrent que des sujets opérés in-extremis ont guéri contre tout espoir, tandis que d'autres, sous de bonnes apparences, ne résistent pas à la nouvelle opération.

Traitement

Nous avons dans ce mémoire passé en revue toutes les catégories d'occlusions qui peuvent survenir après les opérations sur l'abdomen et les organes pelviens. Nous avons vu que les surfaces cruentées et les brides en sont les facteurs les plus habituels. Nous avons insisté un peu sur les vices de position et les occlusions spasmodiques ; nous avons signalé aussi les dangers du Mickulicz et, à propos de ces cas particuliers, nous avons déjà donné des indications sommaires.

Dans ce chapitre de thérapeutique, nous devons nous demander :

1° S'il y a des précautions préventives qui permettent de combattre l'apparition des occlusions qui nous occupent et quelles elles sont ;

2° Quelle est la valeur du traitement palliatif dans l'occlusion déclarée ;

3° Quelles sont les ressources chirurgicales dont nous disposons, comment et dans quels cas nous devons en user.

1° **Traitement préventif.** — *Avant l'opération*, on videra l'intestin en administrant l'avant-veille

et la veille, un purgatif et plusieurs lavements. Le jour même, la diète absolue est de rigueur, de façon à éviter les vomissements qui, en projetant les anses dans le foyer opératoire, les exposent aux traumatismes et à l'infection, les deux agents principaux de la production des adhérences. La diète a d'ailleurs aussi l'avantage de contribuer à l'eupéristaltisme intestinal après l'opération.

Pendant l'opération, il est nécessaire de prendre certaines précautions pour prévenir la formation d'adhérences ultérieures.

Tout d'abord, on s'efforcera *d'éviter le contact prolongé de l'air* par l'emploi méthodique de compresses-éponges destinées à protéger l'intestin.

L'*excision des adhérences* se fera autant que possible au *thermocautère* suivant le conseil de Kelterborn (1).

Au point de vue de l'irritation chimique, *on se gardera d'employer des substances antiseptiques fortes* qui favorisent l'exsudat inflammatoire.

On *asséchera le péritoine* avec des compresses ou des éponges montées et, pour éviter un épanchement ultérieur, on fera l' *hémostase aussi parfaite que possible.*

Si, au cours d'une opération, il est impossible d'empêcher qu'une poche de pus se rompe dans la cavité abdominale, on évacuera ce pus par des *lavages à l'eau bouillie salée chaude* et on placera un Mickulicz modifié dans le cul-de-sac de Douglas. Ce ne sera pas le sac de gaze classique, car il favorise le développement des adhérences

(1) Kelterborn. *Centralbl. für Gynækologie*, 1890.

et Forgue dit à ce propos (1) : « Nous avons substitué au Mickulicz typique le simple placement de lanières de gaze dans le cas de ruptures d'adhérences étendues et saignantes, de déchirure ou de perte de substance du péritoine. Nous reprochons au Mickulicz type la compression que parfois il exerce sur les anses intestinales au point d'y gêner la circulation des gaz et des matières ; et nous pensons avec Condamin (2) qu'à la menace de phénomènes d'occlusion, il faut enlever le Mickulicz, si un purgatif n'a pas réussi à amener une selle. Les lanières isolées se tassent mieux dans toutes les anfractuosités qu'on veut drainer, qu'une bourse qui risque de se déplacer sur un point, tandis qu'on la refoule sur un autre. N'est-il point arrivé à certains opérateurs de trouver, derrière le sac de Mickulicz un clapier de pus retenu ? Il faut savoir qui si on retarde l'extraction de la bourse, elle peut offrir quelques sérieuses difficultés : la gaze est pénétrée par les bourgeons charnus ; sa traction ramène l'hémorrhagie ou expose à des résorptions ; les mèches isolées s'extraient plus commodément. Un autre inconvénient du Mickulicz est la lente cicatrisation de la plaie à son niveau et le danger d'éventration. Laroyenne a proposé, pour l'éviter, de placer en ce point des fils d'attente qui, après la suppression du drainage, permettront d'affronter les bords et d'obtenir leur réunion ».

(1) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 2e éd., 1898, p. 590.

(2) Condamin. *Province médicale*, décembre 1893 et janvier 1894.

Après l'opération, il faut maintenir la diète liquide pendant deux jours. On ne permet qu'un peu de limonade, comme boisson, on n'ordonne pas de potion opiacée. Si les souffrances du malade sont insupportables, on use de la piqûre de morphine. Le lendemain soir de l'opération, on prescrit 0 gr. 30 centigr. de calomel. Le surlendemain, on administre un verre de limonade purgative. Si le malade va à la selle, on commence à donner du bouillon dans la soirée et les jours suivants, si tout va bien, on augmente petit à petit la ration alimentaire et on commence à donner de la viande le cinquième ou le sixième jour.

2° **Traitement médical.** — Si, malgré toutes ces précautions, ou par suite d'une infraction à l'une d'elles, des phénomènes d'occlusion se déclarent, faute d'avoir dès le début un diagnostic, certain de la nature et du siège de l'obstacle, il faut avoir recours au traitement médical qui a souvent donné d'heureux résultats.

On est en effet porté, par le fait même qu'il reste souvent un doute sur la nature des accidents, de recourir aux médications internes et Peyrot écrivait il y a près de vingt ans (1) : On ne se résoudra probablement jamais à aborder le traitement chirurgical d'une obstruction intestinale avant d'avoir essayé les moyens médicaux qui, dans un certain nombre de cas, semblent avoir procuré la guérison. En effet, si le traitement chirurgical immédiat a fait beaucoup d'adeptes

(1) Peyrot. *Thèse d'agrégation*, Paris 1880.

dans ces dernières années, il est difficile, pour la plupart des praticiens, de se défendre de quelques tentatives médicales, comme il est malaisé de décider un malade à se laisser rouvrir le ventre lorsqu'il souffre depuis quelques heures seulement.

Voyons donc parmi les procédés en usage quels sont les plus recommandables, quels sont ceux qu'il faut éviter.

Les *révulsifs* sont des moyens déplorables qui ne font que fatiguer les malades et doivent être abandonnés.

Les *purgatifs* sont les remèdes auxquels on pense tout d'abord. Dans les cas de fausse occlusion, il est certain qu'une simple purgation peut suffire pour tout arranger ; mais, en général, il vaut mieux s'en abstenir car ils aggravent souvent la situation. Dans les occlusions vraies, ils ne peuvent qu'augmenter les douleurs et les troubles circulatoires.

Les *opiacés* et *antispasmodiques*, morphine, belladone, sont toujours indiqués ; ils calment les souffrances et diminuent l'intensité des mouvements péristaltiques ; mais ce ne sont que des adjuvants.

On peut en dire autant de la glace intus et extra.

Les *lavements* sont toujours utiles, non seulement pour vider le bout inférieur et confirmer un moyen de diagnostic, mais encore comme moyens parfois curatifs. On recommande aussi les injections forcées poussées plus loin au moyen d'une sonde œsophagienne ; ils peuvent désobstruer l'intestin, le stimuler en cas de parésie ; mais leur action ne va pas plus loin. Les lavements gazo-

gènes ont la prétention de faire davantage et d'aller jusqu'à redresser des courbures ; mais on ne sait jamais si l'intestin est en état de supporter la pression gazeuse. A ce point de vue, c'est un moyen dangereux, car la rupture peut se produire sans grand effort, le sphacèle étant parfois précoce.

L'application de l'*électricité* est le meilleur moyen de réveiller les contractions intestinales. On peut agir, soit en plaçant les deux pôles à l'extérieur, un de chaque côté du ventre sur la région des colons, soit au moyen d'une sonde rectale métallique recouverte de gomme et après injection préalable d'une certaine quantité d'eau salée.

Les succès obtenus par l'électricité dans les cas où tous les autres agents de médication interne avaient échoué sont actuellement très nombreux et l'efficacité de la méthode est incontestable. Il ne faut donc pas négliger d'y avoir recours, mais sans exagérer sa valeur et surtout sans y insister trop longtemps, car elle ne réussit guère que dans la fausse occlusion.

Le *lavage de l'estomac* n'est pas un moyen curatif ; il est bon à mettre en œuvre comme adjuvant de la thérapeutique médicale et même aussi du traitement chirurgical.

Sans entrer dans les discussions des auteurs allemands (1), il est raisonnable d'admettre que l'évacuation du contenu de l'estomac et des matières intestinales qui s'y déversent diminue

(1) *Congrès allemand de chirurgie*, 1897.

les vomissements et les efforts douloureux, modère la tension abdominale et élimine d'abondantes substances septiques qui auraient contribué à l'infection générale.

A tous les procédés de traitement médical, et comme transition aux méthodes opératoires, on pourrait ajouter les ponctions capillaires évacuatrices des gaz de l'intestin ; mais cette évacuation, presque toujours illusoire, expose à l'infection du péritoine et n'est donc pas à recommander.

On ne doit attendre un effet curatif du traitement médical que dans les occlusions fausses ou dynamiques : c'est là son triomphe. Il ne faut pas compter sur lui dans l'occlusion mécanique, bien que dans quelques cas il ait semblé donner des résultats positifs. Mais ce sont là des faits rares et peu probants et il faut toujours dans ce cas recourir au traitement chirurgical que nous allons étudier maintenant.

3° **Traitement chirurgical.** — Habituellement, avons-nous dit, on n'a recours au traitement chirurgical que lorsqu'on a épuisé la liste des médicaments internes. On se trouve alors en présence de deux opérations dont le parallèle a été trop souvent fait pour que nous y revenions ici : nous voulons parler de l'entérostomie et de la laparotomie.

Nous dirons seulement que si *l'entérostomie* est une opération simple, facile à exécuter, à peu près inoffensive par elle-même et qui porte remède aux accidents les plus pressants, elle a contre elle d'être une opération aveugle, insuffi-

sante dans le cas de brides, où d'adhérences où de volvulus, et dont le résultat ne doit jamais être définitif.

La *laparotomie*, au contraire, est une opération précise et méthodique, radicale et complète, qui permet d'arriver à la découverte de l'obstacle et de le supprimer ; mais elle présente des difficultés plus grandes et demande un outillage et un matériel plus perfectionnés ; enfin elle est souvent très grave.

Ces différences, qui sont très accentuées lorsqu'il s'agit d'une occlusion primitive, le sont moins pour l'occlusion post-opératoire où on doit se laisser guider avant tout par l'état général du malade.

En effet, on reconnait les déplorables conditions où se trouvent les malades qu'on laparotomise *in extremis*. Ils n'arrivent sous le chloroforme et sous le bistouri qu'épuisés, en plein choc péritonéal, souvent refroidis, toujours purgés et siphonnés à outrance. Il ne faut donc pas s'étonner que, dans ces conditions, la mortalité des malades soit considérable.

Aussi, comprend-on l'engouement que certains chirurgiens, malgré les progrès de l'antiseptie, ont conservé pour l'entérostomie dont la mortalité immédiate est faible.

La laparotomie est l'opération idéale, le véritable moyen curatif de l'occlusion post-opératoire par obstacle mécanique, mais elle doit être précoce, sans quoi elle ne peut rien contre l'évolution des accidents infectieux.

Nous ne décrirons pas ces deux opérations qui sont bien connues. Pour ce qui est du choix à faire

entre elles, c'est une affaire de tempérament autant que d'indications ; nous nous bornerons à rapporter l'opinion de notre maître, M. le professeur Weiss (1) : « J'estime qu'il faut se comporter selon les circonstances, réservant de préférence la laparotomie pour les cas récents et aigus, l'anus contre-nature pour les cas anciens et chroniques. En somme, j'ai sauvé mes trois malades par des procédés différents, ce qui prouve qu'un sage éclectisme est la meilleure ligne de conduite du chirurgien dans les cas si variés de la pratique. »

(1) Weiss. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1899.

Conclusions

I. — L'occlusion intestinale post-opératoire est une complication relativement fréquente et grave ; elle doit par conséquent tenir en éveil l'attention du chirurgien.

II. — Les occlusions post-opératoires peuvent être envisagées à des points de vue très divers : époque où elles surviennent; nature des accidents; siège des lésions ; opérations qui leur donnent naissance.

III. — La marche en est habituellement très rapide et la terminaison presque fatale sans une intervention énergique et précoce.

IV. — Le diagnostic est souvent difficile. Il est particulièrement ardu dans les premiers jours qui suivent l'opération, vu la possibilité de l'éclosion d'une péritonite. Il doit être précoce pour permettre une thérapeutique efficace.

V. — Le traitement doit d'abord être préventif; c'est le meilleur. Il faut savoir ne pas s'attarder

aux moyens médicaux souvent impuissants et se résoudre à une nouvelle intervention chirurgicale, entérostomie ou laparotomie, qui sera choisie d'après les symptômes observés et l'état général du malade.

Vu et approuvé :	Vu :
Le Président de Thèse,	*Le Doyen,*
WEISS.	GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 12 Mai 1899.

Le Recteur,

A. GASQUET.

Bibliographie

Adenot. — Des occlusions intestinales post-opératoires. (Revue de chirurgie, janvier 1895).

William Easterly Ashton. — Occlusion intestinale après laparatomie. (The medical News, 30 juillet 1892. Résumé in Archives générales de médecine, 1893, p. 79).

Anderson et Hanfield Jones. — Laparotomie pour obstruction intestinale consécutive à l'ovariotomie. (Lancet, 2 nov, 1889).

Attodini. — De l'occlusion intestinale vraie aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. (Journal de médecine de Bruxelles, 29 octobre 1896).

Bacquoy. — Le lavement électrique contre l'obstruction intestinale. (Journal de thérapeutique, 1878).

— Les lavements purgatifs dans l'occlusion intes-intestinale. (Gazette hebdomadaire, 1875, n° 53).

Baldy. — Obstruction intestinale consécutive à la laparotomie. (American jour. of. obst. Mars, 1898).

Ballonhey. — Electricité dans le traitement de l'occlusion intestinale Thèse de Paris, 1880.

Baracz. — Etiologie de l'occlusion intestinale après la résection et l'extirpation du caecum et de l'iléo-caecum. (Cent. f. chir., 3 avril 1897).

Bauby. — L'occlusion intestinale, Paris 1898.

Baudron. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1886.

Berger. — Sur le traitement des occlusions internes à forme aiguë. (France méd., 19 janvier 1897).

Blache. Pathologie de l'intestin. Dictionnaire encyclop. des Sc. méd. de Dechambre, p. 290.

Blanc. — Néeessité de l'éviscération complète dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. (Loire médicale, 15 décembre 1895).

Bœckel. — Accidents provoqués par la réduction du pédicule ovarique après l'ovariotomie. (Gaz. médicale de Strasbourg, n° 7, 1881).

Boise. — De l'occlusion intestinale post-opératoire. (Médical News, 18 juillet 1896).

Bokelmann. — Observation. (Arch. f. Gynack, Band XXV-H. 1.).

Bouquet de la Jolinière. — Des adhérences péritonéales considérées comme causes de phénomènes douloureux. Thèse de Lyon, 1896.

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.

Braun. — Etranglement interne après résection de l'intestin avec entéro-anastomose. (Centralb. f. chir., 27 février 1897).

Bumm. — Sur les occlusions intestinales après laparotomie. (Sitz. d. phys. med. Gesel zu Wurtzburg, p. 41, 1888).

Camichel. — Contribution à la séméiologie de l'occlusion intestinale par étranglement. Thèse de Lyon, 1893.

Chassel. — De l'occlusion intestinale après herniotomie. (Wiener med. Woch., 24 février 1894).

Churchill. — Traité des maladies des femmes.

H. Claude. — Société de biologie (11 juin 1898).

H.-C. Coë. — Laparotomie pour une obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale. (American j. of. obstetrics, février 1890, p. 144).

Collas. — Occlusions intestinales consécutives aux opérations de laparotomie. Thèse de Paris, 1890.

Commandeur. — Observations. (Arch. prov. de chirurgie, 1894, p. 782).

J.-R. Comte (de Genève). — Traitement de l'occlusion intestinale. (Semaine médicale, 16 mars 1895).

Condamin. — De la péritonisation des pédicules intra abdominaux. (Lyon médical, 1894, p. 567).

— Du drainage à la Mickulicz. Avantages et inconvénients. (Prov. méd., déc. et janvier 1894).

Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique, t. I, p. 96.

Coyne. — Traité élémentaire d'anatomie pathologique, p. 298.

Dembowski. — Arch. f. Klin. Chir., vol. XXXVII, p. 745).

Duming. — Occlusion intestinale suite de laparotomie. (New-York méd. journ., 25 novembre 1893).

S. Duplay. — De la péritonite traumatique. (Arch. de médecine, 9 oct. 1873).

Dutoit. — L'ovariotomie en Angleterre, en Allemagne et en France, 118.

Duvivier. — Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Paris, 1895, Obs. XVI, p. 73.

Ernst Sonntag. — Observations. (Berlin, Klin. Woch, décembre 1888)

Ferguson. — Un cas d'obstruction survenue quatre jours après une laparotomie ; seconde laparotomie ; guérison. (Jour. amer. med. ass., 6 avril 1895).

Février. — Un cas d'occlusion post-opératoire (Revue méd. de l'Est, 1er mai 1899).

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1898.

Gangolphe. — De l'occlusion intestinale par étranglement interne. (Semaine médicale, 1893, p. 159).

— Un nouveau signe des occlusions intestinales par étranglement. (Congrès français de chirurgie, 1893).

Giresse. — Des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. Th. de Paris, 1896.

Goggans. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë. (Med. News, 10 avril 1897).

Graser. — 24e Congrès de la Société allemande de chirurgie tenue à Berlin. (Sem. méd., 1893, p. 480).

Gross. — Des occlusions intestinales post-opératoires (Revue méd. de l'Est, 1er mai 1899).

Guilloud. — Hytérectomies abdominales totales. Observations du mémoire présenté au Çongrès français de chirurgie, 1893).

Gutheriez. — Sur l'occlusion intestinale aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. Congrès de gynécologie (Semaine médicale, 9 septembre 1896).

Hale White. — Société clinique de Londres. Séance du 18 octobre 1893 (Semaine médicale, 1893, p. 480).

Hann. — Annals of. Surgery, 1896.

Heidenhain. — Deut. Zeitschr. f. chir. 1896. T. XLIII, p. 201. Pseudo étranglement par paralysie.

Henrot. — Des pseudo-étranglements internes. Th. de Paris, 1863.

Henry. — Obstruction intestinale suivie de mort due à l'étranglement de l'iléon par le pédicule d'un hyste de l'ovaire. (Amer. j. of. obst , vol. XIII, p. 388, 1880).

Jacobs. — Salpingectomie. Complication. Guérison. (Bulletin de la Soc. belge de gyn. 1889, n° 2).

Jacques. — Des adhérences post-opératoires après la laparotomie. Thèse de Montpellier, 1899.

Jayle. — La septicémie péritonéale aiguë. Th. de Paris, 1895.

Jean. — Des étranglements aigns de l'intestin, Thèse de Montpellier, 1898.

Kehrer. — Compression complète du rectum par l'utérus myomateux et gravide après la laparotomie. (Centralb. f. Gynack, 1894, n° 22, p. 521).

Kelterborn. — Du mode de formation des adhérences péritonéales après la laparotomie. (Centralb. f. gynaek., 1890).

Klotz. — Traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. (Centralb fur Gyn., décembre 1892).

— 172 abdominal section (méd. chir. tr. Lond. 81, 2 s. p. 139-165).

Kœberlé. — Résultats statistiques de l'ovariotomie. (Gaz. heb., Paris 1858, n° 32).

— Cas d'ovariotomie suivie d'occlusion. (Gazette des hopitnux, 1867).

Kruy. — Laparotomie secondaire pour occlusion intestinale. (New-York, obst. soc. 7 octobre 1891.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris 1898.

Labric. — Ponction capillaire dans l'obstruction intestinale. Thèse de Paris, 1852.

Lauenstein. — Arch. f. Klin. chir. T. XLV, 1891, p. 121.

Le Bec. — Des suites éloignées de l'ovariotomie. (Arch. gén. de méd. Paris, 1882, I, p. 663-679.

— Gazette des Hôpitaux. Paris, 1886, nº 86.

Legueu. — Des occlusions intestinales post-opératoires.

— Société anatomique. Paris, 22 juin 1894.

— Observat. Bulletin médical, 26 septembre 1894.

— Semaine médicale, 21 août 1895.

— Semaine médicale, 15 septembre 1895.

— Mémoire-Gazette des Hôpitaux, 23 novembre 1895.

Lennander. — Uber Operationen der Gallenwege und Adhaerenzbildungen im Oberen Theile des Bauches (Wien. klin. Wochenschfrit, 1893).

Léopold. — Observations. Dreizig laparatomien. mai 1879. Dieses arches., Bd 20. S. 71.

— Observations. Arch. f Gynæk, XXX, S.

Lucas-Championnière. — 6 cas d'étranglement post-opératoire opérés par la laparatomie. Considérations sur la thérapeutique de l'étranglement et sur l'action des purgatifs dans la chirurgie abdominale (Bul. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p. 102).

Lucas-Championnière. — Cure radicales des hernies. Paris, 1892.

Lucas-Championnière, Terrillon et Villeneuve (de Marseille). — Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1892. Société de chirurgie, 1892.

Malcom. — L'état et les fonctions de l'intestin après la laparotomie (Royal méd. chir. Soc., 25 octobre 1888).

Marcy. — Obstruction intestinale après laparotomie (Jour. med. ass., 8 août 1896).

Marion (de Chicago). — Expériences sur la chirurgie intestinale (Gaz. des Hôpitaux, 16 novembre 1889).

Mathieu. — Semaine médicale, 1895, p. 212.

Mayo Robson (de Leeds). — Société clinique de Londres. Séance du 13 octobre 1893.

Muller Peter. — Discussion de la Soc. médico-pharm. de Berne in Correspond. blatter f. schweizer aertze, n° 17, 1er septembre 1893.

Muller. — Deutsche Zeit. f. chrirurgie, 1887.

Naoumoff. — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Montpellier, 1896.

Nicaise. — Des adhérences péritonéales douloureuses (Revue de chir., 1894, p. 622.

— Occlusion intestinale après opération de hernie étranglée (Rev. de chir.- 1881),

Nieberding, Kaltenbach et Schwarz. — De l'occlusion intestinale consécutive à la laparotomie (Berlin. klin. Woch., 27 août 1889, p. 719).

Noltschini. — Douzième congrès des sciences médicales de Moscou (Contribution à l'étude de la laparotomie secondaire chez la femme. Ann. de gyn., 1897, p. 451).

Nové-Josserand. — De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie (Lyon méd , 9 mai 1897. Gazette médicale. Paris, 19 juin 1897).

O'Balinski. — Occlusion intestinale secondaire aux opérations sur le péritoine (Berl. Klin. Woch., 25 mars 1881, n° 12, p. 251).

Olshausen. — Observations. Die krankheiten der ovarien, Stuttgard, 1886, S. 366, 24 nov. 1882.

Parker. — Annals of surgery, 1896

Penel. — Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. Thèse de Bordeaux, 1893.

J.-J. Peyrot. — Intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Piccinini. — Laparotomie pour étranglement interne à la suite de kélotomie (Boll. d. soc. lancisiana d. ospedali di Roma. Décembre 1888).

Polk. — Transactions of the obstetrical soc. of New-York. 1889.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897.

Prewitt. — L'obstruction intestinale. (J. amer. med. ass. 23 avril 1898).

Quénu. — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. (Gazette des Hôpitaux, 31 mars 1894).

Richardson. — Remarques sur l'obstruction intestinale à la suite d'opérations pelviennes et plus spécialement d'hystérectomie (Boston médical jour. 9 juillet 1896).

Riche. — Occlusion intestinale après opération de hernie étranglée (Gaz. des Hôp , 3 janvier 1895).

Riedel. — Arch. f. klin. chir. XLVII (Résumé in Sem. méd., 1894, p. 515).

Rosenheim. — Amals of Surgery, 1895.

Rouffart (de Bruxelles). — Revue gén. de Clin. et de Thérapeutique, Paris, 18 juillet 1894.

Routier. — Occlusion intestinale aiguë (Semaine médicale, 1890).

Roux (de Lausanne). — Médecine moderne, mai 1895.

G. H. Rohé. — Obstruction intestinale consécutive aux opérations sur la cavité péritonéale (American jour. of. obst., octobre 1894).

Saenger. — Semaine médicale, 1893, p, 267.

Salzer. — Wien. klin, Woch., 1893.

Schively. — Observations (New-York medical journal, 1884, lapt. 13, p, 292).

Schiffer. — De l'occlusion intestinale après les cœliotomies et de l'asepsie sèche et humide de la cavité abdominale (Centralb. f. Gynæk, 22 septembre 1894).

Schroder. — Berliner klinische Wochenschrift, n° 1, 1879 (50 observations d'ovariotomie).

Sebileau. — De quelques accidents intestinaux survenant après les opérations abdominales (Annales de Gynécologie, Paris, E. XXV, p. 118-137.

Skutsche. — Correspondenz blatter des Allgemeinen artzlichen vereins von Tübingen, 1886.

Spencer Wells. — Statistiques d'ovariotomie (Med. Times and Gazette, 1860, 10 mars.

— On ovarian and uterine tumors. London, 1872.

— British med. journal. Mars 1879.

— Med. chir. Tr. London. 1881, 2 S., 167-183.

E. J. Stevenson. — Laparotomie pour maladie des trompes. Seconde opération pour obstruction intestinale (British gyn. journal. Lond. 1889-90, V, 190.

Tauffer. — Semaine médicale, 1895, p. 267.

Tavel. — Corresp. bl. f. schweizer aertze, n° 17. Sept. 1893, p. 588.

Taylor. — Opération d'une occlusion intestinale consécutive à la laparotomie (American jour. of. obst. Juillet 1891).

— Laparatomies pour lésions des annexes (Amer. of. obst. Juillet 1892).

Teleky. — Traitement des occlusions intestinales post-opératoires (Lettre de Vienne in Semaine médicale, 1894.)

Terriér. — Société de chirurgie (Séance du 31 octobre 1889.

— Progrès médical, 14 décembre 1889.

— Annales de gynécologie, 1892.

— Bulletin et mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1885, p. 472.

— The British Journal, 1889-90.

Thadens von Dembowski. — Sur les causes des adhérences péritonéales consécutives aux interventions chirurgicales (Arch. f. klin. chir., vol. XXXVII, fas. 4, p. 743.

Thibierge. — Occlusion par paralysie musculaire. Paris, 1889.

Thomson (de Dorpat). Recherches expérimentales sur la formation des adhérences après la laparotomie (Centralb. f. gyn. 1891).

P. K. Thornton. — 172 abdominal section (Med. chir. Tr. London, 1881, 2 S. 139, 165.

Truck. — Traitement chirurgical de la péritonite. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Tuja. — Des occlusions intestinales après les laparotomies. Lyon, 1894.

Walthard. — Corresp. blatter f. schweizer aertze, n° 15. Août 1893, p. 513.

Weiss. — Des occlusions intestinales post-opératoires (Revue méd. de l'Est, 15 avril 1899).

William White. — Annals of Surgery. Août et septembre 1891.

Wolf Hirsh. — (Arch. f. gynæk. Berlin, Bd. 32, Hft. II, p. 247). 14 observations d'occlusion intestinale après ovariotomie.

Table des Matières

INTRODUCTION 1
HISTORIQUE 7
ETIOLOGIE 11
PATHOGÉNIE ET CLASSIFICATION 17
I. — Occlusions considérées au point de vue de l'époque où elles se déclarent . . . 18
II. — Occlusions considérées au point de vue de leur mode de production 24
III. — Occlusions considérées au point de vue de leur siège 47
IV. — Occlusions considérées au point de vue des opérations qui leur donnent naissance 50
Neuf observations recueillies à la Faculté de Médecine de Nancy 55
ANATOMIE PATHOLOGIQUE 77
Lésions organiques 77
I. — Lésions préexistantes à l'occlusion . . . 78
II — Lésions consécutives à l'occlusion . . . 80
Rôle des agents infectieux 86
SYMPTÔMES 89
I. — Syptômes abdominaux 90
II. - Symptômes généraux 98
III. — Symptômes des complications 101
DIAGNOSTIC 105
MARCHE, PRONOSTIC, TERMINAISON 113
TRAITEMENT 117
CONCLUSIONS 127
TABLE DES MATIÈRES 129

NANCY - IMPR. LOUIS KREIS